

ΕΚΤΑΚΤΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 7^{ΗΣ} ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1982

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΠΕΡΙΚΛΗ ΘΕΟΧΑΡΗ

ΚΥΡΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ
ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΕΡΙΚΑ

Τὸ πρόβλημα τῆς ὑγείας, ὅπως ὄλα τὰ μεγάλα ἐπιστημονικοκοινωνικά προβλήματα, ἔγινε κατὰ τὶς ἡμέρες μας πολὺ σύνθετο, ἔπειτα ἀπὸ τὶς πρόσφατες ἐπιστημονικὲς προόδους τῆς Βιολογίας καὶ τὶς ριζικὲς μεταβολὲς στὴν κοινωνικὴ διαβίωση. Καὶ εὐλόγα, κατὰ συνέχεια, κατέστη ἐξαιρετικὰ πολὺπλοκὴ ἢ ἀντιμετώπισή του, τὸ στόχο τῆς ὁποίας μὲ σαφήνεια καθόρισε ὁ Παγκόσμιος Ὁργανισμὸς Ὑγείας (Π.Ο.Υ.) μὲ ἓνα ὄρισμὸ καὶ ἓνα σύνθημά του [1]:

«Ὑγεία εἶναι ἡ πλήρης σωματικῆ, πνευματικῆ, ψυχικῆ καὶ κοινωνικῆ εὐεξία τοῦ ἀνθρώπου».

«Ὑγεία σὲ ὄλον τοὺς ἀνθρώπους τὸ 2000».

Οἱ δυσκολίες τῆς ἀντιμετώπισης τοῦ ὑγειονομικοῦ προβλήματος εἶναι τεράστιες σὲ ὄλο τὸν κόσμο. Καὶ κατοπτρίζονται σὲ ἓνα ἄπειρο πλῆθος ἄρθρων καὶ παντοίων ἐπιστημονικῶν ἐκδηλώσεων, πὸν ἀφοροῦν σ' αὐτήν. Συχνὰ ἐκεῖ ὑποστηρίζονται ἀπόψεις ἀλληλογρονθοκοπούμενες, πὸν ὀδηγοῦν σὲ σύγχυση τὶς περισσότερες φορὲς, γιατί, ἐνῶ ἀναφέρονται σὲ καθ' ἕκαστα ὑγειονομικὰ θέματα, ἀπολήγουν σὲ ὑποδείξεις γενικότερης σημασίας, πὸν προβάλλονται σὰν πανάκεια τοῦ ὄλου ὑγειονομικοῦ προβλήματος.

Στή σημερινή δμιλία μου — πού σέ ένα ποσοστό συμπληρώνει προγενέστερή μου από τὸ ἴδιο βῆμα τὸ 1980 [2] — θὰ προσπαθῆσω νὰ ἀποφύγω αὐτὸ τὸ μειονέκτημα μὲ μερικὲς προσαρμογές πού ἀφοροῦν στὸ σκοπὸ καὶ στὴν ἀνάπτυξή της. Τὶς παρακάτω :

Ἄσχοπος της, παρ' ὅτι εὐρύς, εἶναι συγκεκριμένος καὶ μὲ πρακτικὴ σημασία : Ποιὲς εἶναι οἱ μεγάλες κοινωνικὲς ἀσθένειες στὴ χώρα μας; Καὶ ποιὲς προϋποθέσεις, ποιὲς γενικὲς ἀρχές, πρέπει νὰ διέπουν τὴν ἀντιμετώπισή τους, ἢ ὁποία πρέπει νὰ ἀποτελεῖ τὸν πρῶτο στόχο στὸν ὑγειονομικὸ ἀγώνα;

Οἱ πληροφορίες πού δίδονται γιὰ τὰ καθ' ἕκαστα παράμετρα τοῦ θέματος, στηρίζονται σὲ σύγχρονη βιολογικὴ, ψυχολογικὴ καὶ κοινωνικὴ γνώση [3], πού ἀποκομίζεται ἀπὸ ἀξιόπιστη βιβλιογραφία.

Ἡ ἀξιολόγηση τῶν ἱατροκοινωνικῶν μας ἀναγκῶν προκύπτει ἀπὸ ἐπεξεργασία τῶν ὄσων διατίθενται ἐλληνικῶν δεδομένων, μὲ σύγχρονες μεθόδους στατιστικὲς καὶ ἐπιδημιολογικὲς, πού μὲ ἐνδελέχεια περιγράφονται στὸ τελευταῖο βιβλίο τοῦ Καθηγητοῦ κ. Τριχοπούλου («Ἐπιδημιολογία»), Ἀθήνα 1982 [4].

Ἡ παράθεση τῆς ὕλης γίνεται, ἀφοῦ πάντοτε ληφθεῖ ὑπ' ὄψη ὁ νόμος τοῦ σκοποῦ, ὁ τόσο θεμελιώδης κατὰ τὸν Πρόεδρο κ. Τσάτσο γιὰ τὴν ἐκπόνηση κάθε ἐπιστημονικῆς ἐργασίας.

Πρέπει νὰ τονισθεῖ, ὅτι ἡ δμιλία εἶναι κατὰ βάση προσανατολισμένη πρὸς τὴν ἱατρικὴ πλευρὰ τῆς ὑγειονομικῆς περίθαλψης (*medical care*). Σ' ἕνα ποσοστὸ ὅμως ἀφορᾶ καὶ στὶς ὑπηρεσίες ὑγείας (*health services*), ἐμπίπτουσα, μὲ αὐτὴ τὴν ἐπέκτασή της, στὴν Ἱατρικὴ τῆς κοινότητας (*community medicine*).

Ἰδοὺ ἡ ταξινόμησή της :

Στὸ πρῶτο μέρος, ἔπειτα ἀπὸ εἰσαγωγὴ γιὰ τοὺς δείκτες ἐκτίμησης τῆς ὑγείας, θὰ καθορισθεῖ ποιὲς πρέπει νὰ χαρακτηρισθοῦν σὰν οἱ μεγαλύτερες κοινωνικὲς νόσοι στὴ χώρα μας, πού καθιστοῦν ἀναγκαῖες τὶς ἀντίστοιχες προτεραιότητες στὸν ὑγειονομικὸ ἀγώνα.

Στὸ δεύτερο θὰ δοθοῦν, σύντομα, σύγχρονα στοιχεῖα γιὰ τὴν ἐπιδημιολογία καὶ ἀντιμετώπιση κάθε μιᾶς ἀπ' αὐτές.

Καὶ στὸ τρίτο, μὲ βάση τὰ δεδομένα τοῦ δεύτερου, θὰ ὑπάρξει ἀναφορὰ γιὰ τὶς κύριες, ἀναγκαῖες, βασικὲς προϋποθέσεις τοῦ ὑγειονομικοῦ ἀγώνα μας.

Α) ΟΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Ἡ ὑγεία τοῦ ἀνθρώπου, τόσο ὑπὸ φυσιολογικὲς ὅσο καὶ κατ' ἐξοχὴν ὑπὸ παθολογικὲς συνθῆκες, εἶναι μία πολυπαραγοντιακὴ, σύνθετη ἔννοια, ποὺ δὲν σταθμίζεται ἱκανοποιητικὰ στὸ σύνολό της. Γιὰ τὴ μέτρησή της ὑπάρχει μία σωρεία δεικτῶν [2], ποὺ ὁ καθένας ὁμως ἀφορᾷ σὲ ἓνα δομικὸ της παράγοντα ἢ μία λειτουργικὴ της ἔκφραση. Πῶς νὰ ἱεραρχήσει κανεὶς τὴ βαρῦτητα τῶν διαφορῶν νόσων σὲ ἓνα τόπο γιὰ νὰ ἀπομονώσει τὶς βαρύτερες, τὶς κοινωνικὲς ἀσθένειες, ποὺ μᾶς ἐνδιαφέρουν ἐδῶ;

Μόνον μὲ τὴ βοήθεια τῶν νεώτερων, πολύπλευρων, συνθετικῶν στατιστικῶν μεθόδων—ὅπως τὸ πολλαπλὸ λογιστικὸ μοντέλο (multiple logistic model) [5] ἢ ὁ ἀθροιστικὸς συγχετικὸς δείκτης (confounder summarizing score) [6], ἢ οἱ πολυπαραγοντιακὲς ἀναλύσεις (multivariate analysis) [7]—εἶναι νοητὴ μία ἱκανοποιητικὴ προσέγγιση. Ἡ χρησιμοποίηση ὁμως αὐτῶν τῶν μεθόδων οὐδὲ κἂν συζητεῖται γιὰ τὸ σύνθετο πρόβλημά μας, λόγῳ ἀνυπαρξίας ἐπαρκῶν στατιστικῶν στοιχείων στὴ χώρα μας. Γι' αὐτὸ τὴν ἀξιολόγησή μας βασίσαμε στοὺς τρεῖς κυριότερους δείκτες ὑγείας. Τὴ θνησιμότητα, τὴ νοσηρότητα καὶ τὶς δαπάνες περίθαλψης, ποὺ ἔχουν κι αὐτὲς θεμελιώδη σημασία, ὅταν μιλάμε γιὰ ἀντιμετώπιση νόσων. Πρέπει ὁμως νὰ λεχθεῖ, ὅτι ἡ γνώση τῶν διαφορῶν ὑγειονομικῶν προβλημάτων στὴ χώρα μας, καὶ μάλιστα τῶν ἐμφανῶν ἀναγκῶν καὶ δυνατοτήτων της γιὰ ριζικὴ βελτίωση τῆς ἀντιμετώπισής τους, δὲν ἄφησε ἀνεπηρέαστη τὴν ἐκλογὴ προτεραιοτήτων, στὴν ὁποία καταλήξαμε. Καὶ ὅτι παραλείψεις καὶ σφάλματα εἶναι εὐλόγα σὲ ἓνα ἀπὸ τὴ φύση του ἄκρως δυσεπίλυτο πρόβλημα.

I. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΝΤΕΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Θνησιμότητα

Ἰδιαίτερα πολύτιμοι εἶναι οἱ δείκτες της γιὰ τὰ νοσήματα ποὺ ἔχουν γρήγορη ἐξέλιξη καὶ ὑψηλὴ θνησιμότητα.

α) Ἡ γενικὴ θνησιμότητα στὴν Ἑλλάδα, μὲ πληθυσμὸ κατὰ τὸ 1976, ἀνῆλθε σὲ 81.815 θανάτους [8].

Ἡ στάθμη της σὲ σύγκριση μὲ ἄλλες Ἑυρωπαϊκὲς χῶρες καὶ τὶς Ἡν. Πολιτεῖες, ἐπὶ πληθυσμοῦ ἀναφορᾶς 1.000 ἀτόμων, δείχεται στὸν Πίνακα 1 [2]. Καὶ προφανῶς δὲν εἶναι ὑψηλὴ.

ΠΙΝΑΞ 1

ΓΕΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ἐπὶ 1.000 ἀτόμων)
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΜΕΡΙΚΑ ΑΛΛΑ ΚΡΑΤΗ

Βουλγαρία	10,7
Γιουγκοσλαβία	8,5
Ἑλλάδα	8,9
Ἀγγλία - Ουαλία	11,7
Ουγγαρία	12,4
Σουηδία	10,7
Ἡν. Πολιτεῖες	8,9

β) Ἡ κατὰ ἡλικία θνησιμότητα, ἀπὸ ὅλες μαζί τὶς αἰτίες, σὲ πληθυσμὸ 100.000 κατοίκων ἴδιας ἡλικίας, ἐμφαίνεται στὸν Πίν. 2, μαζί μὲ τὴ σειρά τους σὲ σχέση μὲ ἀντίστοιχους δείκτες 27 χωρῶν τῆς Εὐρώπης [9]. Σαφῆς εἶναι ἡ πολὺ μικρὴ θνησιμότητα τῶν μεγάλων ἡλικιῶν καὶ ἡ πολὺ μεγάλη τῶν μικρῶν, στὴν Ἑλλάδα.

ΠΙΝΑΞ 2

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

(Ἀπὸ ὅλες τὶς αἰτίες μαζί, σὲ πληθυσμὸ 100.000 κατοίκων, ἴδιας ἡλικίας. Καὶ ἡ σειρά τους σὲ σχέση μὲ ἀντίστοιχους δείκτες 27 χωρῶν τῆς Εὐρώπης (WHO) [1] (ΚΕΕΠ) [9]).

Ἡλικία	Ὅλες οἱ ἡλικίες	0-1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Θνησιμότητα	849	2704	89	38	68	88	151	391	1037	2834	10.050
Σειρά	4	22	16	9	3	6	1	1	1	2	5

γ) Ἡ θνησιμότητα στὴν Ἑλλάδα κατὰ σημαντικότερες νοσηρὲς αἰτίες, τὸ 1970, περιλαμβάνεται στὸν Πίν. 3, μαζί μὲ τὴ σειρά τους σὲ σχέση μὲ τὴν ἀντίστοιχη 26 χωρῶν τῆς Εὐρώπης [9].

Στὸν Πίν. 3 παραλείπονται οἱ ψυχικὲς νόσοι. Καὶ σαφῆς εἶναι ἡ ψηλὴ στὸν τόπο μας θνησιμότητα ἀπὸ λοιμώδη νοσήματα καὶ διαβήτη. Καὶ ἡ χαμηλὴ ἀπὸ ἀγγειοπάθειες, ἰδίως καρδιακές, νεοπλάσματα καὶ ἀτυχήματα.

ΠΙΝΑΞ 3

ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΑΘΟΥΣΜΟ 100.000

(*Από τις σημαντικότερες νόσους στην Ελλάδα, κατά το 1970. Καί ή σειρά τους σέ σχέση μέ τους αντίστοιχους 26 χωρών τής ΕΥΡΩΠΗΣ*) [9].

<i>Αίτια θανάτου</i>	<i>Θνησιμότητα</i>	<i>Σειρά</i>
<i>Φυματίωση</i>	<i>9,5</i>	<i>16</i>
<i>Γρίπη - Πνευμονία</i>	<i>48,3</i>	<i>13</i>
<i>Ήξέα λοιμώδη νοσήματα αναπνευστικοῦ</i>	<i>1,2</i>	<i>10</i>
<i>Άλλα λοιμώδη, παρασιτικά</i>	<i>13,0</i>	<i>24</i>
<i>Άλλα νοσήματα αναπνευστικοῦ</i>	<i>40,2</i>	<i>14</i>
<i>Σακχαρώδης διαβήτης</i>	<i>22,0</i>	<i>21</i>
<i>Νοσήματα νευρικοῦ συστήματος</i>	<i>18,3</i>	<i>25</i>
<i>Κίρρωση ἥπατος</i>	<i>15,8</i>	<i>18</i>
<i>Άλλα νοσήματα πεπτικοῦ συστήματος</i>	<i>24,6</i>	<i>12</i>
<i>Κακοήθη νεοπλάσματα</i>	<i>131,4</i>	<i>6</i>
<i>Ατυχήματα</i>	<i>44,4</i>	<i>2</i>
<i>Αγγειακά νοσήματα ἐγκεφάλου</i>	<i>117,3</i>	<i>8</i>
<i>Ίσχαιμική καρδιοπάθεια καί ἄλλαι νόσοι κυκλοφοριακοῦ</i>	<i>171,5</i>	<i>2</i>

Συνοπτικότερος εἶναι ὁ πιό πρόσφατος Πίν. 4. Περιέχει ἀριθμούς θνησιμότητας ἐπὶ τοῦ συνόλου πληθυσμοῦ τῆς χώρας καί τοῦ συνόλου τῶν νοσηλευθέντων στή νοσοκομεῖα μας, κατά τὸ 1980 καί 1979 ἀντιστοίχως, ἀπὸ τίς κυριότερες κατηγορίες νόσων.

Σημαντικό προσόν του εἶναι ὅτι περιλαμβάνει καί τίς περιγεννητικές, ψυχικές καί ἀναπνευστικές νόσους [10].

Π Ι Ν Α Ξ 4

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΩΝ

(^οΕπί τοῦ συνόλου πληθυσμοῦ τῆς χώρας τὸ 1980 καὶ ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν νοσηλευθέντων εἰς νοσοκομεῖα μας τὸ 1979).

Κατηγορίες νόσων	(1980) Στὸ σύνολο τοῦ πληθυσμοῦ	(1979) Στὸ σύνολο τῶν Νοσοκομείων
Λοιμώδεις	832	613
Νεοπλασμάτα	16.174	4.821
Ψυχικὲς νόσοι	497	404
Κυκλοφορικὲς νόσοι	37.354	11.838
Ἀναπνευστικὲς νόσοι	6.451	1.623
Περιγεννητικὲς νόσοι	1.545	840
Κακώσεις - δηλητηριάσεις	3.044	1.244

Νοσηρότητα

Οἱ δείκτες τῆς εἶναι πολύτιμοι γιὰ τὶς μετρήσεις τῶν νόσων ποὺ χαρακτηρίζονται σὰν κοινωνικὲς, λόγω ὑψηλῆς συχνότητος, παρὰ τὴ μικρὴ θνησιμότητά τους. Καὶ τέτοιες νόσοι εἶναι οἱ ρευματικὲς, οἱ ψυχικὲς, τὰ κρονολογήματα, ἡ παχυσαρκία, ἡ σκωληκοειδίτιδα, τὸ γαστροδωδεκαδακτυλικὸ ἔλκος, ἡ τετηρδόνα κ.λπ. Οἱ ἀσθένειες αὐτὲς συνεπάγονται μεγάλη κοινωνικὴ ἐπιβάρυνση (ἡμεραργίες, δαπάνες ἀντιμετώπισής τους κ.λπ.), δὲν μετριοῦνται ὅμως ἀξιόπιστα στὶς περισσότερες χώρες, ὅπως καὶ ἡ δική μας, ἐπειδὴ δὲν δίνονται καθόλου στοιχεῖα γι' αὐτὲς ἢ αὐτὰ ποὺ δίδονται εἶναι ἐλλιπῆ, λόγω ἀνπαρξίας ἢ μειονεκτικῆς δόλωσής τους.

Ἡ νοσοκομειακὴ νοσηρότητα στὴν Ἑλλάδα, κατὰ τὸ 1979 καὶ 1980, δειχεται στὸν Πίν. 5 [10]. Ἀναφέρεται στὸ σύνολο τῶν νοσηλευθέντων καὶ τὸ σύνολο τῶν ἡμερῶν νοσοκομειακῆς νοσηλείας (κατὰ ὄργανικὸ σύστημα καὶ κατὰ νόσο, ἀπὸ τὶς κυριότερες).

Π Ι Ν Α Ξ 5

ΣΥΝΟΛΟ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

(Για τὸ σύνολο τῶν νόσων κάθε συστήματος καὶ γιὰ κάθε νόσο ἀπὸ τὶς κυριότερες, χωριστά, στὴ χώρα μας, τὸ 1979) [10].

Κατηγορίες νόσων - Καθ' ἑκάστα νόσοι	Σύνολο ἀσθενῶν	Μέσος χρόνος νοσηλείας	Σύνολο ἡμερῶν νοσηλείας
Λοιμώδεις νόσοι	45.038	18	810.684
Νεοπλάσματα	60.077	15	901.155
Λεμφώματα	3.738	15	56.070
Λευχαιμίες	3.186	11	35.046
Ἐνδοκρινικὲς νόσοι	22.179	12	266.148
— Σακχαρώδης διαβήτης	14.495	13	188.435
— Θυρεοειδοπάθεια	5.162	10	51.620
Νόσοι αἵματος	24.981	6	
— Ἀναιμίες	23.092	5	
Ψυχικὲς νόσοι	31.504	103	3.244.912
— Νευρωσ. διαταραχὲς	10.271	23	236.233
— Ἀλκοολικὴ ἐξάρτηση	2.058	33	67.914
— Συναισθ. ψυχώσεις	3.862	65	251.030
Νόσοι κ. νευρ. συστ. καὶ Αἰσθητηρίων	47.999	16	767.984
— Ἐπιληψία	2.900	53	153.700
— Καταρράκτης	12.589	13	163.657
Νόσοι Κυκλοφορικοῦ	108.524	14	1.519.336
— Στεφανιαῖες	26.918	13	349.934
— Ἐγκεφαλικὲς	25.683	18	462.294
— Ὑπέρταση	9.980	10	99.800

(Συνέχεια τοῦ πίνακος 5)

Κατηγορίες νόσων - Καθ' ἕκαστα νόσοι	Σύνολο ἀσθενῶν	Μέσος χρόνος νοσηλείας	Σύνολο ἡμερῶν νοσηλείας
Ἀναπνευστικαὶ νόσοι	103.439	8	827.512
— Ὄξ. Βρογχίτις - Πνευμονία	17.979	9	161.811
— Χρ. Βρογχίτις - Ἐμφύσημα	17.266	13	224.458
Πεπτικῆς νόσοι	150.852	10	1.508.520
— Ἐλκος δωδεκαδακτύλου	13.368	11	147.048
— Σκωληκοειδίτιδα	40.690	8	325.520
— Χολοκυστοπάθεια	20.528	14	287.392
Κήσις, τοκετὸς	149.938	5	749.690
— Αἰτ. ἔκτρωσις	5.095	3	15.285
— Μαιευτ. ἐπεμβάσεις	17.993	8	143.944
— Φυσιολ. τοκετὸς	117.444	5	587.220
Δερματικαὶ νόσοι	23.195	9	208.755
Νόσοι μυοσκελετικαὶ καὶ συνδ. ἰστοῦ	53.521	15	802.815
— Ρευμ. ἀρθρίτις	2.477	18	44.586
— Ὄστεοαρθρίτις	30.023	14	420.322
Περιγενν. καταστάσεις	11.641	12	139.692
Κακώσεις - Δηλητηριάσεις	116.512	9	1.048.608
Ἐνδοκριν. κακώσεις	4.172	5	20.860
Δηλητηριάσεις	5.843	3	17.529

Δαπάνες περιθάλψης

Τὸ κατὰ κεφαλὴ εἰσόδημα θεωρεῖται σὰν σημαντικὸς δείκτης υγείας. Ὅσο πὺλὸ ψηλὸ εἶναι, τόσο καλύτεροι γίνονται οἱ δείκτες τῆς.

Αὐτὴ τῇ συσχέτιση δείχνει καθαρὰ ὁ Πίν. 6 [3], πὸν φανερῶνει τὴ συμπεριφορὰ ὀκτῶ δεικτῶν υγείας σὲ τρεῖς ὁμάδες χωρῶν μὲ διάφορο, κατὰ κεφαλὴ, εἰσόδημα. Στὸν ἴδιο πίνακα σημειώνονται οἱ ἀντίστοιχοι ἑλληνικοὶ δείκτες. Προφανῶς δὲν ὑπάρχει λόγος γιὰ ἐξήγηση τοῦ πίνακα. Ὅμιλοῦν οἱ ἀριθμοὶ του. Οἱ ἑλληνικοὶ δείκτες εἶναι πολὺ ἱκανοποιητικοί.

ΠΙΝΑΞ 6

ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ
ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΟ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ, ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Δείκτες	Εἰσόδημα			Ἑλλάδα
	Χαμηλὸ 240 \$	Μέτριο 1420 \$	Ψηλὸ 9940 \$	
Ἀναπαραγωγικότητα	42	34	25	17,4
Θνησιμότητα	16	10	10	8,9
Παράταση ζωῆς	51	61	74	71,8
Βρεφικὴ θνησιμότητα (μέχρι ἑνὸς ἔτους)	49-237	12-157	13	22,5
Παιδικὴ θνησιμότητα (1-4 ἐτῶν)	18	10	1	
Θερμίδες κατὰ κεφαλὴ ἡμερησίως (% ἀναγκῶν)	96	109	131	
Ἰκανότητα πρὸς ἀνάγνωση	43	72	99	
% πληθυσμοῦ μὲ κατάλληλη ὑδρευση	25	58	100	

Ὅμως τὸ κατὰ κεφαλὴ εἰσόδημα, μόνο μέχρι ὀρισμένου σημείου κατοπτρίζει τὴ στάθμη τῆς υγείας, μὲ τὴ βελτίωση τῶν ὑγιεινονομικῶν συνθηκῶν διαβίωσης, πὸν ἐξασφαλίζει. Εἰδικότερη σημασία πρέπει νὰ ἀναγνωρισθεῖ στὸ σκέλος «δαπά-

ρες για τὴν υγείαν). Καὶ αὐτὸ εἶναι ἀπαράδεκτα χαμηλὸ στὴ χώρα μας, σὲ σύγκριση μὲ ἄλλα κράτη (Πίν. 7) [11].

H I N A Ξ 7

ΔΑΠΑΝΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Σὲ ποσοστὸ % τοῦ ἀκαθαρίστου ἐθνικοῦ εἰσοδήματος σὲ χώρες Ἑυρώπης, Η.Π.Α. καὶ Ἑλλάδα), τὸ 1971 . . .

	1971
Γερμανία	5,6
Γαλλία	4,6
Ἰταλία	4,6
Ὀλλανδία	5,7
Βέλγιο	3,8
Ἀγγλία	4,9
Σουηδία	6,4
Η.Π.Α.	7,4
Ἑλλάδα	2,14

Ἀκόμη μεγαλύτερη ἀξία, στὰ πλαίσια τοῦ θέματος, ἔχει ἡ γνώση τῶν δαπανῶν ποὺ χρειάζονται γιὰ ἀντιμετώπιση κάθε μιᾶς κατηγορίας νόσων—καὶ κάθε νόσου ἀπὸ τὶς κοινωνικὰ σπουδαιότερες—χωριστά. Γι' αὐτὲς μᾶς προσανατολίζει ὁ Πίν. 5 [10], ποὺ ὅμως ἀφορᾷ μόνο στοὺς νοσηλευθέντες στὸ σύνολο τῶν νοσοκομείων μας κατὰ τὸ 1979. Στὸν πίνακα αὐτόν, μὲ βάση τὸ μέσο χρόνο νοσηλείας τοῦ ἀσθενοῦς τῆς ὁποιασδήποτε κατηγορίας καὶ νόσου, ὑπολογίζεται τὸ σύνολο ἡμερῶν νοσηλείας ἀντίστοιχα. Καὶ αὐτό, φυσικά, ἀντικατοπτρίζει ἀδρὰ τὶς ἐπὶ μέρους δαπάνες.

Τὰ δεδομένα τοῦ Πίν. 5, γιὰ τὶς δαπάνες, ἐκτιμώμενα ἀδρὰ, εἶναι ἴδιαις περιστάσεων μὲ τὰ δεδομένα τῆς νοσηρότητας. Πλεονεκτοῦν ὅμως κατὰ τοῦτο· ὅτι καταδεικνύουν σαφέστερα τὴ μεγάλη οικονομικὴ ἐπιβάρυνση ποὺ συνεπάγονται οἱ νόσοι, ποὺ ἔχουν μεγαλύτερη ἀνάγκη νοσοκομειακῆς νοσηλείας ἢ γιὰ μακρότερο χρόνο, ὅπως οἱ ψυχικὲς, οἱ ἀγγειακὲς, τὰ ἀτυχήματα κ.λπ. Εἶναι εὐνόητο ὅτι, ἂν ὑπολογιζόταν καὶ ἡ δαπάνη τῆς ἐξωνοσοκομειακῆς περίθαλψης τῶν καθ' ἕκαστα νόσων, στὴν κορυφὴ τῶν δαπανηρῶν ἀσθενειῶν θὰ συμπεριλαμβάνονταν καὶ ἄλλες μὲ ὑψηλὴ νοσηρότητα, τῶν ὁποίων ὅμως ἡ ἀντιμετώπιση δὲν χρειάζεται νοσοκομειακὴ νοσηλεία.

II. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΜΑΣ ΝΟΣΟΙ

Τὰ δεδομένα τῶν πινακῶν τοῦ προηγούμενου κεφαλαίου μὲ τὰ σύντομα γι' αὐτὰ σχόλιά μου δικαιολογοῦν τὶς παρὰ κάτω γενικὲς καὶ εἰδικὲς ἀπόψεις γιὰ τὸν καθορισμὸ τῶν κυριότερων κοινωνικῶν μας ἀσθενειῶν.

1. Γιὰ τὴ θνησιμότητα

Στὴν Ἑλλάδα ἔχομε χαμηλὴ γενικὴ θνησιμότητα (Πίν. 1) ἰδίως στὴ μεγάλη ἡλικία, λόγῳ χαμηλῆς συχνότητος ἀγγειοπαθειῶν καὶ νεοπλασμάτων (Πίν. 3). Ἀντίθετα εἶναι ὑψηλὴ ἡ θνησιμότητα στὴ μικρὴ ἡλικία [2], μὲ σχετικὰ ὑψηλοὺς δείκτες περιγεννητικῆς (Πίν. 2), ὀφίμης καὶ ὀλικῆς, βρεφικῆς θνησιμότητος. Οἱ ἐπιβαλλόμενες ἀνταποκρίσεις εἶναι εὐνόητες.

Στὴ θνησιμότητα κατὰ ὄργανικὰ συστήματα στὴν κορυφὴ βρίσκονται οἱ ἀσθένειες τοῦ κυκλοφορικοῦ μὲ πρῶτες τὶς ἰσχαιμίες τῆς καρδιάς καὶ τὰ ἀγγειακὰ ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια. Ἐπειτα ἔρχονται τὰ κακοήθη νεοπλάσματα. Καὶ ἀκολουθοῦν οἱ ἀναπνευστικὲς νόσοι (γρίπη καὶ πνευμονία), οἱ κακώσεις, οἱ περιγεννητικὲς, τὰ λοιμώδη καὶ ἡ κίρρωση τοῦ ἥπατος (Πίν. 3).

2. Στὴ νοσηρότητα

Μεταξὺ τῶν διαφόρων ὄργανικῶν συστημάτων τὴν ὑψηλότερη νοσηρότητα ἔχουν οἱ νόσοι τοῦ πεπτικοῦ, ἀναπνευστικοῦ καὶ κυκλοφορικοῦ. Καὶ ἀκολουθοῦν οἱ κακώσεις, τὰ νεοπλάσματα, οἱ μυοσκελετικὲς, οἱ ψυχικὲς, οἱ ἐνδοκρινικὲς, οἱ δερματικὲς καὶ οἱ περιγεννητικὲς.

Ὡς πρὸς τὶς καθ' ἕκαστα ἀσθένειες, ἡ σειρὰ τους ἔχει ὡς ἑξῆς (Πίν. 5): Στὴν πρώτη ομάδα τοποθετοῦνται ἡ σκωληκοειδίτις, ἡ χρονία βρογχίτις μὲ ἐμφύσημα, ἡ στεφανιαία νόσος καὶ τὰ ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια. Ἀκολουθοῦν οἱ ἐντερικὲς λοιμώξεις, οἱ χολοκυστοπάθειες, τὸ γαστροδωδεκαδακτυλικὸ ἔλκος, ὁ διαβήτης, ὁ καταρράκτης, ἡ ὑπέρταση, οἱ νευρώσεις. Καὶ ἔπονται τὰ νεοπλάσματα τοῦ πνεύμονος, τοῦ μαστοῦ, ἡ φυματίωση καὶ οἱ θυρεοειδοπάθειες.

3. Σὲ σχέσηη μὲ τὸ κόστος περίθαλψης

Ἡ ταξινόμηση πάνω σ' αὐτὴ τὴ βάση εἶναι παρόμοια μ' ἐκείνη τῆς νοσηρότητας. Δὲν λείπουν ὅμως καὶ διαφορὲς γιὰ τὶς ἀσθένειες ποὺ χρειάζονται πολὺ μακρὸ χρόνον νοσηλείας—ὅπως χαρακτηριστικὰ οἱ ψυχικὲς—ἢ ἀντίθετα πολὺ βραχὺ—ὅπως οἱ δηλητηριάσεις, οἱ ἐκτρώσεις.

4. Σὲ σχέσηη μὲ τὴ νοσηρότητα κατὰ τόπο

Στὴ χώρα μας ὑπάρχει, κατὰ γενικὴ ὁμολογία, ἐκλεκτικά, σχετικὰ ὑψηλὴ συχνότητα τῆς ἰογενοῦς ἥπατίτιδας, τῆς βρονκέλλωσης καὶ τῆς ἐχίνοκοκκίωσης. Καὶ φυσικὰ αὐτὸ τὸ γεγονός, ἰδίως σχετικὰ μὲ τὴν ἥπατίτιδα, δὲν πρέπει νὰ παραβλέπεται κατὰ τὸν καθορισμὸ τῶν ὑγειονομικῶν στόχων.

Καὶ τώρα ἀναφερόμαστε σύντομα σὲ κάθε μίᾳ ἀπὸ τὶς κατηγορίες νόσων ἢ τὶς καθ' ἕκαστα νόσους, τὶς ὁποῖες δεχθήκαμε σὰν κυριότερες γιὰ ἀντιμετώπιση, μὲ τρία, κατὰ βάση, κριτήρια: Πρῶτον, τοὺς τορεῖς κυριότερους δείκτες τῆς ὑγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα, δαπάνες περίθαλψης). Δεύτερον, τὴν κατὰ τὴν ἐμπειρία μας ἀπὸ κάθε μιά κοινωνικὴ ἐπιβάρυνση. Καὶ τρίτον, τὸ βαθμὸ δυνατότητας γιὰ βελτίωση τῆς περίθαλψης σὲ σχέσηη μὲ τὴν τωρινή.

Π Ι Ν Α Ξ 8

ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΜΑΣ ΝΟΣΟΙ

Ἀγγειακὲς (καρδιάς, ἐγκεφάλου. Ἀρτηριοσκλήρωση, ὑπέρταση)

Νεοπλασματικὲς

Ἀτυχήματα

Ψυχικὲς

Παχυσαρκία

Διαβήτης

Γῆρας

Λοιμώξεις (ἐντερικὲς λοιμώξεις, φυματίωση, ἰογενὴς ἥπατιτις)

Περιογεννητικὲς

Αἰμοσφαιρινοπάθειες

Ρευματικὲς

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

(Καρδιάς, ἐγκεφάλου — Ὑπέρταση, ἀρτηριοσκλήρωση)

Σὲ ὅλες τὶς στατιστικὲς θνησιμότητας τῶν ἀναπτυγμένων χωρῶν οἱ ἀγγειακὲς νόσοι παίρνουν τὴν πρώτη θέση. Καὶ ἀκολουθοῦν, κατὰ σειρά, ὁ καρκίνος καὶ τὰ ἀτυχήματα.

Σύμφωνα μὲ τοὺς πιὸ ἀξιόπιστους ὑπολογισμοὺς στὶς Ἑν. Πολιτεῖες, κατὰ τὸ 1979, πέθαναν: ἀπὸ στεφανιαία νόσο 306.410 ἀπὸ ἐγκεφαλικὲς ἀγγειοπάθειες

168.540· από υπέρταση 30.850 και από αρτηριοσκλήρωση 28.650. Ἦτοι σύνολο 534.180. Κατὰ τὸν ἴδιο χρόνο σημειώθηκαν 403.780 θάνατοι ἀπὸ καρκίνο καὶ 105.420 ἀπὸ ἀτυχήματα.

Ἡ αἰτιοπαθογένεση τῶν καθ' ἕκαστα ἀγγειακῶν νόσων κατ' οὐσία ταυτίζεται σημαντικὰ μὲ τὴν ἀκόμα σκοτεινὴ αἰτιοπαθογένεση τῆς υπέρτασης καὶ τῆς ἀρτηριοσκλήρωσης, γιὰτὶ λιγότερο ἢ περισσότερο, ἢ μία ἢ ἡ ἄλλη, συνήθως δὲ καὶ οἱ δύο μαζί, συμβάλλουν στὴ γένεση καὶ ἐξέλιξη τῶν ἀγγειακῶν βλαβῶν στὰ διάφορα ὄργανα. Τὸ γενετικὸ τους στοιχεῖο παραμένει σκοτεινόν. Εἶναι ὁμως ἀναμφίβολο, ὅτι μία σειρά ἀπὸ παράγοντες, ὅπως ἄμεσα ἢ ὑπερλιπιδαιμία, ὁ σακχαρώδης διαβήτης, τὸ κάπνισμα, ἢ μὴ ἄσκηση καὶ τὸ stress, ἢ ὅπως ἔμμεσα, ἢ παχυσαρκία, συνδέονται σαφῶς μαζί τους.

Μέχρι στιγμῆς δὲν ὑπάρχει ἀξιόλογο θεραπευτικὸ φάρμακο γιὰ τὶς διάφορες ἀγγειοπάθειες, μὲ ἐξαιρέση τὴν υπέρταση. Καὶ μόνο ἡ πρόληψη, πὺν ἀποσοβεῖ τὴν ἐπίδραση τῶν βλαπτικῶν παραγόντων, τοὺς ὁποίους ἀναφέραμε, ἐπηρεάζει ἀποτελεσματικὰ τὴν ἀντιμετώπισή τους.

Πρέπει νὰ τονισθεῖ ὅτι κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ὄλο καὶ πληθύνονται οἱ μαρτυρίες γιὰ μείωση τῆς συχνότητος καὶ θνησιμότητος τῆς στεφανιαίας νόσου [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21] μὲ συνδυασμὸ προληπτικῶν μέτρων διατροφικῶν, ἀντικαπνιστικῶν, ἀντιπερτασικῶν καὶ ἄσκησης, στὴν Ἀμερικὴ καὶ στὴν Ἀγγλία. Καὶ τὸ ἴδιο ἰσχύει πιθανῶς καὶ γιὰ τὶς ἐγκεφαλικὲς καὶ ἄλλες ἀγγειοπάθειες, ἔπειτα ἀπὸ ἐφαρμογὴ τῶν ἴδιων μέτρων.

Εἰδικὴ μνεῖα χρειάζεται γιὰ τὴν υπέρταση, τὸ ὅπ' ἀριθμὸν ἕνα πρόβλημα δημόσιας ὑγείας κατὰ τὸ εἰδικὸ συμβούλιο τοῦ WHO [22], πὺν καὶ σὲ μᾶς δὲν πάει πίσω [23]. Στὸς ἐνήλικες εἶναι ἡ πιὸ συχνὴ καὶ ἡ πιὸ θανατηφόρα ὄντοτητα. Στὴν Ἀμερικὴ ὑπολογίζεται σὲ 15% τοῦ συνόλου πληθυσμοῦ τὸ ποσοστὸ τῶν γνωστῶν ὑπερτασικῶν, πὺν γνωρίζουν τὴ νόσο τους· καὶ σὲ ἄλλο τόσο περίπου ἐκείνων πὺν τὸ ἀγνοοῦν. Παρόμοιοι ἀριθμοὶ ἀναφέρονται καὶ στὴ χώρα μας [24].

Ἡ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση τῆς υπέρτασης ἀποδίδει, ὅπως τονίσθηκε, θανμάσιους καρπούς [25], μάλιστα ὅταν ἐφαρμόζεται ἔγκαιρα καὶ στὶς ἐλαφρὲς μορφές της [26, 27].

Πιὸ σκόπιμη ὁμως εἶναι ἡ προληπτικὴ τῆς ἀντιμετώπιση, ὅταν ἐπιτελεῖται μὲ προγράμματα διαλογῆς σὲ μεγάλες μάζες πληθυσμοῦ (community screening programmes). Μὲ αὐτὰ ἐπιτυγχάνονται: Πρώμη ἀπλοποιημένη διαγνωστικὴ τῆς ἐκτίμηση, ἄρτια ἐκπαίδευση τῶν ἀσθενῶν καὶ συνεχῆς συστηματικὴ ἀντιμετώπιση τῆς [28].

Ἀντίθετα, στοὺς παραδοσιακοὺς φορεῖς τῆς περίθαλψης (νοσοκομεῖα, ἐξωτερικὰ ἰατρεῖα, γιατροί), δὲν ἐξασφαλίζεται ἱκανοποιητικὴ ἐπιστημονικοκοινωνικὴ ἀντιμετώπισή της. Ἐνα ἀξιόλογο κέντρο εἶναι στὸν τόπο μας τὸ ὑπὸ τὸν Ὑφηγητὴ Νικ. Καρατζᾶ ἐρευνητικὸ ὑπερτασικὸ ἰατρεῖο τῆς ὑπὸ τὸν Καθηγ. κ. Γ. Λαῖκο, πρώτης προπαιδευτικῆς κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν.

Σὲ ὅ,τι ἀφορᾷ τὴν ἀρτηριοσκλήρωση, τὴν ἀδυσώπητη μοιραία αὐτὴ συννοδὸ τῆς φθορᾶς τῆς ὑγείας παντὸς ἀνθρώπου, καὶ γι' αὐτὴν ἀξιόλογα θεραπευτικὰ φάρμακα δὲν διατίθενται, ἐνῶ ἡ προληπτικὴ τῆς ἀντιμετώπιση μὲ τὰ γνωστὰ σὲ ὅλους μας μέτρα διατροφῆς καὶ καθόλου διαβίωσης βοηθᾷ σημαντικὰ τὴν ἀναστολὴ τῆς ἐξέλιξής της [17, 29, 30, 31].

Γ Η Ρ Α Σ

Ἡ περίθαλψη τῶν ἀσθενῶν καὶ ἀναπήρων τῆς γεροντικῆς ἡλικίας εἶναι ἕνα ἀπὸ τὰ μεγαλύτερα σύγχρονα ἰατροκοινωνικὰ προβλήματα [32, 33, 34]. Πρῶτον, γιὰτι κατὰ τις δημογραφικὲς ἐκτιμήσεις ὁ γεροντικὸς πληθυσμὸς ἀξιάνεται ὄλο καὶ περισσότερο καὶ γίνεται μεγαλύτερο ποσοστὸ τοῦ ὄλικου, ἰδίως γιὰ τὴ μετὰ τὸ ὀγδοηκοστὸ ἡλικία, λόγῳ βελτίωσης τῶν συνθηκῶν τῆς διαβίωσης [34, 35]. Δεύτερον, ἐπειδὴ ἡ νοσοκομειακὴ καὶ εὐρύτερα, ἰδρυματικὴ περίθαλψη τῶν γερόντων ἔχει ἀνάγκη ἀπὸ περισσότερες παρὰ κάθε ἄλλη ἡλικία κλίνες, γιὰ βραχυπρόθεσμη καὶ κυρίως μακροπρόθεσμη νοσηλεία τους [32, 36, 37, 38, 39], λόγῳ περισσοτέρων ἐπιπλοκῶν τῶν νόσων τους καὶ περισσότερο μακρόχρονης διαδρομῆς τους [40]. Καὶ τρίτον, ἔνεκα πληθώρας οἰκονομικοκοινωνικῶν καὶ ἰατροκοινωνικῶν παραγόντων καὶ ἀναγκῶν, ποὺ συνδυάζονται μὲ τὴν ὑγεία καὶ τὴ νόσο τῶν γερόντων καὶ πρέπει νὰ ληφθοῦν ὑπ' ὄψη γιὰ νὰ ἐξασφαλισθοῦν καλὰ γεράματα [41, 42].

Ἡ στάθμη τῆς ἰατροκοινωνικῆς περίθαλψης τῆς γεροντικῆς ἡλικίας θεωρεῖται σήμερα σὰν ὁ καλύτερος δείκτης γιὰ τὴν ἐκτίμηση τοῦ ὑγειονομικοῦ ἐπιπέδου μιᾶς ἀναπτυγμένης χώρας, ὅπως ἐδῶ καὶ λίγα χρόνια ἡ στάθμη ἰατροκοινωνικῆς περίθαλψης τῆς βρεφικῆς καὶ παιδικῆς ἡλικίας ποὺ βελτιώθηκε σημαντικά.

Φαίνεται ὅτι ἡ Δανία, ἡ Φινλανδία καὶ ἡ Ἀγγλία ἔχουν προβάδισμα [42]. Στὴν Ἑλλάδα, μὲ ἴδρωση ὀρισμένων Ἰδρυμάτων κλειστῆς περίθαλψης καὶ μερικῶν κέντρων ἀνοικτῆς, ἔγινε μιὰ καλὴ ἀρχή.

Λὲν ξεκίνησε ὁμως ἡ λεγόμενη («μισονοσοκομειακὴ»), ποὺ χαρακτηρίζεται σὰν ἕνα κακόηθες κοινωνικὸ πρόβλημα [43] καὶ εἶναι ἀπαραίτητη σὲ μεγάλο ποσοστὸ ἀσθενῶν τῆς γεροντικῆς ἡλικίας, ὅταν ἐξέρχονται ἀπὸ τὰ νοσοκομεῖα, γιὰ νὰ

καλυφθοῦν ἐκτὸς τῶν ἱατρικῶν καὶ οἱ κοινωνικὲς τους ἀνάγκες [42, 43]. Ἡ γενικότερη συμβολὴ γιὰ εὐδόωση τῶν προβλημάτων τοῦ γήρατος στὸν ἑλληνικὸ χῶρο τοῦ συναδέλφου κ. Α. Δοντᾶ ἀξίζει νὰ ἐξαρθεῖ ἰδιαίτερα.

Σὲ ὅ,τι ἀφορᾷ στὴν ἀντιμετώπιση γενικᾶ τῶν ἀσθενειῶν τοῦ γήρατος ἰσχύουν τὰ ἴδια πὺν ἀναφέρονται καὶ στὶς ἀγγειοπάθειες. Ἀνυπαρξία θεραπευτικῶν φαρμάκων. Εὐεργετικὴ προληπτικὰ ἢ διὰ βίου ὑγιεινὴ διαβίωση. Καὶ ἀνάγκη συστηματικῆς ὀργάνωσης εἰδικῶν ἱατροκοινωνικῶν ὑπηρεσιῶν γιὰ περίθαλψη ὄλων τῶν κατηγοριῶν τοῦ γεροντικοῦ πληθυσμοῦ [44, 45].

ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τὸ κολοσιαῖο μέγεθος τοῦ προβλήματος ὑποδηλοῦν μερικοὶ ἑλληνικοὶ ἀριθμοί. Σύμφωνα μὲ τὴν ἐτήσια στατιστικὴ τῆς Ἐθνικῆς Στατιστικῆς Ὑπηρεσίας τῆς Ἑλλάδος κατὰ τὸ 1978: Τὸ σύνολο τῶν κακοήθων νεοπλασμάτων ἦταν 52.506. Οἱ νέες περιπτώσεις τους 16.426. Τὸ σύνολο τῶν νοσηλευθέντων γι' αὐτὰ 40.477 μὲ 766.962 ἡμέρες νοσηλείας [46].

Γιὰ καμιά ἄλλη κατηγορία νόσων δὲν ἔγιναν κατὰ τὴ δεκαετία 1970 - 1980 τόσες ἐπιστημονικὲς προσπάθειες, ὅσες γιὰ τὰ κακοήθη νεοπλασμάτα. Καὶ εὐτυχῶς σημειώθηκαν μεγάλες πρόοδοι γιὰ τὴ Βιολογία, τὴ διαγνωστικὴ, τὴ θεραπευτικὴ καὶ τὴν πρόληψή τους. Τὰ γενετικά καὶ τὰ ἄνοσολογικὰ ἐπιτεύγματα ἐξασφάλισαν νέα βιολογικὴ ὑποδομὴ στὴν αἰτιοπαθογένεση. Οἱ νεώτερες βιοχημικὲς, ἄνοσολογικὲς, κυτταρολογικὲς καὶ ἀκτινολογικὲς μέθοδοι προήγαγαν σημαντικὰ τὴ διαγνωστικὴ τους [47, 48, 49]. Οἱ χημειοθεραπευτικὲς, ἀκτινοθεραπευτικὲς καὶ χειρουργικὲς θεραπείες ἐβελτίωσαν ἀξιόλογα τὴ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπισή τους. Καὶ οἱ νεώτερες ἐργαστηριακὲς ἔρευνες σὲ πειραματόζωα καὶ ἐπιδημιολογικὲς σὲ ἀνθρώπους, ἄνοιξαν καινούργιους δρόμους γιὰ πρόληψή τους.

Πρὸς αὐτὴ τὴν τελευταία, τὴν πρόληψη, καὶ μάλιστα τὴν πρωτογενή, πὺν σημαίνει ἐξουδετέρωση τῶν αἰτιολογικῶν παραγόντων, ἔχουν τώρα κατ' ἐξοχὴν στραφεῖ τὰ βέλη τῶν ἐρευνητῶν τοῦ καρκίνου. Καὶ εἰδικότερα πρὸς τοὺς ποικίλους παράγοντες τοῦ περιβάλλοντος, πὺν συνεπάγονται τὴν καρκινογένεση καὶ πρὸς τὸν τρόπο διαβίωσης πὺν συντείνει στὴν παρουσία τους. Καὶ τοῦτο, γιὰτὶ καὶ οἱ πὺν μοντέρνες θεραπείες δὲν μειώνουν τὰ ποσοστὰ θνησιμότητας καὶ ἐπιβίωσης σὲ ἱκανοποιητικὸ βαθμὸ [50].

Στὰ πλαίσια τῆς πρωτογενοῦς πρόληψης τὴν πρώτη θέση ἔπειτα ἀπὸ τὸ κάπνισμα, σὰν καρκινογόνα, ἔχουν οἱ διαιτητικοὶ παράγοντες, τὰ «χημικὰ» καὶ

οί ίοι. Ἡ συμβολή των στὴν καρκινογένεση ἐρευνᾶται σὲ πειραματόζωα καὶ σὲ ἀνθρώπους.

Στὰ πρῶτα μὲ ὑπερευαίσθητες καὶ ἀπλὲς μεθόδους ἐξακριβώνεται ἀρχικὰ ἂν ὁ πρὸς ἔλεγχον παράγων προκαλεῖ τὶς εἰδικὲς ἀρχικὲς βλάβες στὸ γενετικὸ ὕλικὸ τῶν κυττάρων, οἱ ὁποῖες βηματοδοτοῦν τὴν καρκινογένεση. Στὴ συνέχεια, γίνονται στοὺς ἀνθρώπους πολυσήμαντες ἐπιδημιολογικὲς ἔρευνες, γιὰ κείνους τοὺς παράγοντες ποὺ πειραματικὰ κρῖθηκαν σὰν ὑποπτοὶ καρκινογόνοι. Ἡ γιὰ ἄλλους, τὴν ἐνδεχόμενη σημασία τῶν ὁποίων ἐπεσήμανε εὐαίσθητη κλινικὴ παρατήρηση. Ἔτσι λαμβάνουν χώρα μελέτες γιὰ τὴ διατροφή, τὸ κάπνισμα, τὸν ἀέρα ποὺ ἀναπνέουμε, τὸν τόπο ποὺ ζοῦμε ἢ ἐργαζόμεθα ἢ καὶ γιὰ οἰαδήποτε ἄλλη συνθήκη ἢ συνθήκη ζωῆς, ποὺ θεωρητικὰ δὲν ἀποκλείεται νὰ βοηθᾷ τὴν καρκινογένεση. Ἀβυσσος πραγματικῆ.

Ἡ πραγμάτωση συγχρόνου ἀντικαρκινικοῦ ἀγῶνα προϋποθέτει προηγμένη εἰδικὴ βιολογικὴ ἔρευνα, συστηματικὴ κλειστὴ καὶ ἀνοικτὴ περίθαλψη καὶ φωτισμένη ἐπιδημιολογικὴ ἀντιμετώπιση [51].

Στὸν τόπο μας σημειώθηκε μία πρόοδος στὴν κλειστὴ περίθαλψη μὲ τὴν ὀργάνωση εἰδικῶν ὀγκολογικῶν τμημάτων καὶ ἰατρείων. Σπουδαία, ἔξ ἄλλου, εἶναι ἡ ἐπιδημιολογικὴ συμβολή, γιὰ τὴν καρκινογένεση γενικά, τοῦ καθηγητῆ κ. Τριχοπούλου καὶ εἰδικὰ γιὰ τὸν καρκίνου τοῦ ἥπατος, ἐπίσης σημαντικὴ ἡ συμβολὴ τόσο τοῦ ἰδίου καθηγητῆ ὅσο καὶ ἄλλων συναδέλφων, ὅπως οἱ καθηγητὲς κκ. Παπαεναγγέλου καὶ Χατζηγιάννης.

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Στὸ σύνολό τους τὰ ἀτυχήματα, σὲ παγκόσμια κλίμακα, κατέχουν δεσπόζουσα θέση σὰν αἰτία θανάτου. Γιὰ τὶς μικρὲς δὲ ἡλικίες, μέχρι 24 ἐτῶν, τὴν πρῶτη.

Ἐξ αὐτῶν τὰ τροχαῖα εἶναι τὸ κυριότερο εἶδος τους. Στὴ χώρα μας ὑπῆρξαν κατὰ τὸ 1980: Νεκροὶ 1.225. Βαρεῖα τραυματίες 4.500. Ἐλαφρὰ τραυματίες 21.000 [52].

Οἱ συνέπειές τους — νοσηλευτικὴ ἐπιβάρυνση, ἀναπηρίες, κόστος περίθαλψης, ψυχικὲς ἐπιπτώσεις κ.λπ.— εἶναι σὲ ὄλους μας γνωστές. Ἡ ἀντιμετώπισή τους δέ, παρὰ τὶς πολλαπλὲς φιλότιμες προσπάθειες [53, 54], εἶναι μειονεκτικὴ. Κυρίως θεραπευτικὴ. Ὅχι ἐπαρκῶς προληπτικὴ. Ἐπειδὴ ἡ ἀντιμετώπιση, θεραπευτικὴ καὶ προληπτικὴ, τῶν τροχαίων ἀτυχημάτων καθορίζεται ἀπὸ πάρα πολλοὺς παράγοντες (νοσοκομεῖα, ἰατροί, φυσιοθεραπευτές, ὁδηγοί, ὁχήματα, ὁδικὸ δίκτυο,

γονεῖς, παιδιά, ὑπηρεσίες τροχαίας, νομοθεσία κ.λπ.), μόνο ὑπὸ ἓνα ἀρμόδιο εἰδικὸ φορέα, συντονιστικό, εἶναι νοητὴ μία ἱκανοποιητικὴ κάλυψή της. Σ' αὐτὴ πρωταρχικὸ καθήκον θὰ εἶναι ἡ πρέπουσα ψυχοκοινωνικὴ καθοδήγηση ὁδηγῶν καὶ κοινοῦ καὶ κατ' ἐξοχήν τῶν νέων καὶ τῶν γερόντων.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Τὸ πρόβλημά τους εἶναι τεράστιο διεθνῶς. Καὶ ὑπὸ τὶς σύγχρονες προϋποθέσεις τοῦ WHO ὄχι μόνο γιὰ σωματικὴ, ἀλλὰ καὶ πνευματικὴ καὶ ψυχικὴ καὶ κοινωνικὴ ὑγεία τοῦ ἀνθρώπου, γίνεται ὄλο καὶ μεγαλύτερο, μέσα στὴν ἀκόρεστη σὲ δικαιώματα καὶ καταταραγμένη ἀπὸ συγκρούσεις σύγχρονη ψυχοπαθολογικὴ κοινωνία.

Οἱ ὑψηλοὶ ἀριθμοὶ νοσηρότητας ἀπὸ ψυχικὲς νόσους δείχνουν σαφῶς τὴ μεγάλη κοινωνικὴ τους σημασία. Καὶ αὐτὸ παρ' ὅτι ἀφοροῦν μόνο στοὺς νοσηλευμένους σὲ εἰδικὰ ἰδρύματα ψυχοπαθεῖς, ποὺ πάσχουν ἀπὸ ὀργανικὲς συνδρομὲς καὶ δὲν νοσηλεύονται κι ὄλοι τους [55].

Ἐνα μεγαλύτερο ποσοστὸ εἶναι τῶν περιθαλπομένων ἐξωνοσοκομειακά. Καὶ ἓνα ἄλλο, πιστεύω, πολὺ πιὸ μεγάλο, τῶν ἀνθρώπων ποὺ πάσχουν ψυχικά, μὰ δὲν ἔχουν ἐπαρκῶς συνειδητοποιήσει τὸ ψυχικὸ τους πρόβλημα ἢ ποὺ τὸ ἔχουν σφαλῆρὰ τοποθετήσει καὶ δὲν ζητοῦν τὴ βοήθεια τοῦ γιατροῦ. Εἶναι οἱ μεγάλες κατηγορίες τῶν ψυχοσωματικῶν, τῶν ψυχονευρωσικῶν, τῶν μὲ ἀνώμαλη συμπεριφορὰ, τῶν τοξικομανῶν, τῶν ἀλκοολικῶν, τῶν ἐγκληματικὰ στιγματισμένων ἀτόμων κ.λπ., τῶν ὁποίων «οὐκ ἔστιν ἀριθμὸς».

Ὅλοι αὐτοὶ σίγουρα ἀπαρτίζουν μία τεράστια δμάδα ψυχικῶς πασχόντων, ποὺ γιὰ μένα ἀποτελοῦν τὸ πρῶτο ἰατροκοινωνικὸ πρόβλημα τοῦ αἰῶνα καὶ τοῦ τόπου μας.

Εἰδικὰ γιὰ τὴ χώρα μας ἡ Ψυχιατρικὴ Κλινικὴ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν ὑπὸ τὸν καθηγητὴ Κ. Στεφανῆ, ἔχει ἐπισημάνει, μὲ ποικίλες ἔρευνες, [56, 57, 58, 59], τὰ κύρια ψυχιατρικὰ μας προβλήματα. Καὶ σὰν τέτοια ἀναγνώρισε: Τὴν συσσώρευση στὸ κέντρο τῶν ὑπηρεσιῶν ὑγείας καὶ τῶν ψυχιατρικῶν κλινῶν. Τὴν ἔλλειψη ψυχιατρικῶν μονάδων στὰ γενικά νοσοκομεία. Τὴν ἀνπαρξία κεντρικοῦ ὄργανου τῶν κοινωνικῶν ὑπηρεσιῶν ψυχικῆς ὑγείας. Τὴν ἀνεπάρκεια προσωπικοῦ γιὰ τὴν ψυχικὴ ὑγεία καὶ τὴ μειονεκτικὴ ἐκπαίδευση τῶν στελεχῶν της. Τὴ μὴ σύγχρονη νομοθεσία μας γιὰ τὴν ψυχικὴ ὑγιεινὴ. Ὅλες αὐτὲς οἱ μειονεκτικότητες ἐπιβάλλουν ἀντίστοιχες ἀνταποκρίσεις. Ἐξ ἄλλου ὁ καθηγητὴς Ἱεροδιακόνου, πολὺ ὀρθὰ νομίζω, ἐτόνισε ὅπως καὶ ἄλλοι [61, 62] τὴν ἀνάγκη νὰ εἰσχωρήσει ἡ ἱατρικὴ

σκέψη σὲ κάθε ἰατρικὴ πράξη, γιὰ νὰ ἀποφευχθεῖ τὸ μειονέκτημα τῆς μονομεροῦς ματεριαλιστικῆς θεώρησης τῶν νόσων· καὶ γιὰ νὰ ἀντιμετωπισθοῦν ὅπως πρέπει, ἐκτὸς ἀπὸ τὶς μεγάλες ὀργανικὲς ψυχώσεις καὶ οἱ ψυχοσωματικὲς ἀσθένειες καὶ νευρώσεις [63].

ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ

Ἐναμφισβήτητα ἡ νοσηρότητα καὶ θνησιμότητα ἀπὸ λοιμώδεις ἀσθένειες ἔχει πέσει κάθετα κατὰ τὴν πρόσφατη τεσσαρακονταετία στὶς ἀνεπτυγμένους χώρους, σὲ ὅ,τι ἀφορᾷ στὶς βακτηριδιακὲς λοιμώξεις καὶ μερικὲς ἰογενεῖς, τὴ φυματίωση, τὴ σύφιλη κ.λπ., χάρις στὰ ἀντιβιοτικά, στὰ ἐμβόλια καὶ στὴ βελτίωση τῶν ὑγιεινομικῶν ὁρων διαβίωσης. Παρ' ὅλα αὐτὰ ὑπάρχουν γιὰ ἀντιμετώπιση πολλὰ ἱατροκοινωνικῆς σημασίας προβλήματα τους.

Τὰ κυριότερα ἀπ' αὐτὰ εἶναι :

α) Ἰογενεῖς λοιμώξεις

Ἀρκετὲς ἀπ' αὐτὲς δὲν ἐδαμάσθησαν ἀκόμη, μὲ ἐμβόλια ἢ φάρμακα. Καὶ εἶναι ὑπολογίσιμες ἱατροκοινωνικά, εἴτε ὡς ὀξείες (ἀναπνευστικές, πεπτικές κ.λπ.) εἴτε ὡς χρόνιοι αἰτιοπαθογενετικοὶ παράγοντες μεγάλων νοσολογικῶν ὄντοτήτων, ὅπως τὰ νεοπλάσματα, οἱ κολλαγονώσεις, οἱ νευρολοιμώξεις κ.λπ.

Ἡ διερεύνησή τους εἶναι στὸ προσκείμε.

β) Ἀνθεκτικὲς λοιμώξεις

Ἀποτελοῦν σοβαρὸ πρόβλημα διεθνῶς [64, 65, 66, 67], ἰδίως σὲ χώρους μὲ ἀχαλίνωτη λήψη ἀντιβιοτικῶν, μὲ ὑγιεινομικὲς ὑπηρεσίες χαμηλῆς μικροβιολογικῆς στάθμης καὶ μὲ μὴ ἱκανοποιητικὸ ἔλεγχο τῶν λοιμώξεων στὰ νοσοκομεῖα. Συνηθέστατα πρόκειται γιὰ νοσοκομειακὲς λοιμώξεις, βαρεῖς, ἀπὸ ἀνθεκτικὰ σὲ ἀντιβιοτικά μικρόβια, ποὺ ὅλο καὶ γίνονται συχνότερες [68]. Ἡ ἐπιδημιολογικὴ ἐργαστηριακὴ τους μελέτη ἀποτελεῖ ἐπιτακτικὸ σύγχρονο ὑγιεινομικὸ καθήκον.

γ) Φυματίωση

Παρὰ τὴ μεγάλη κάμψη τῆς συχνότητάς της δὲν ἐξαλείφθηκε. Τοῦναντίον ἀποτελεῖ πρόβλημα, λόγῳ ἀνάπτυξης ἀνθεκτικῶν στελεχῶν τοῦ βακτηριδίου της. Εἶναι ἀνάγκη νὰ ἐφαρμόζεται ἡ πρόπευσα ἀντιβιοτικὴ ἀγωγή καὶ νὰ ἐξασφαλίζεται συστηματικὴ δόλωση τῶν κρουσμάτων της [69].

δ) Ἡ λογενῆς ἥπατιτις καὶ ἡ βρουκέλλωση

Λόγω ὑψηλοῦ ἐπιπολασμοῦ τους στή χώρα μας καὶ ἔνεκα συχνῶν δυσμενῶν χρονίων ἐπιπτώσεων τῆς πρώτης ἀπ' αὐτές, με ἀνάπτυξη χρονίων μορφῶν ἥπατιτιδος, κηρώσεων καὶ καρκίνου τοῦ ἥπατος, εἶναι ἀνάγκη γὰ ἀντιμετωπίζονται συστηματικά στή χώρα μας. Οἱ ἐλπίδες γιὰ πρόληψή τους δὲν εἶναι ἀδικαιολόγητες, ἀφοῦ ἀναμένεται σύντομα ἐφαρμογή εἰδικοῦ ἐμβολίου καὶ στή χώρα μας, χάρις στίς καλές ὀργανωτικές προσπάθειες τοῦ συναδέλφου κ. Ματσανιώτη.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Παγκοσμίως ὁ διαβήτης ἀναγνωρίζεται σὰν μεγάλο ἰατροκοινωνικό πρόβλημα λόγω τῆς μεγάλης του συχνότητος καὶ τῶν πολλαπλῶν βαρειῶν, ἰδίως ἀγγειακῶν, ἐπιπλοκῶν του. Κατὰ τίς ἀξιόπιστες ἀμερικανικές στατιστικές: Στίς Ἡν. Πολιτεῖες ὑπάρχουν 15.000.000 διαβητικοί, οἱ μισοὶ ἀπὸ τοὺς ὁποίους εἶναι ἀδιάγνωστοι. Σὲ 20.000.000 τὸ χρόνο ἀνέρχονται οἱ ἰδιωτικές ἐπισκέψεις τῶν διαβητικῶν. Καὶ σὲ 10 δισεκατομμύρια δολλάρια τὸ κόστος γιὰ τὴν περίθαλψή τους. Ἐξ ἄλλου οἱ παχύσαρκοι με βάρους περίπου 20% τοῦ κανονικοῦ ὑπολογίζονται σὲ 10% καὶ οἱ ὑπερβαρεῖς με βάρους μέχρι 20% πάνω ἀπὸ τὸ φυσιολογικὸ σὲ 20 - 30%.

Στή χώρα μας, πού ἔχει πιά βιομηχανοποιηθεῖ, οἱ ἀντίστοιχοι ἀριθμοί, ὅσο διατίθενται, δὲν διαφέρουν πολὺ [70, 71].

Ἡ ἀντιμετώπιση καὶ τῶν δύο νοσολογικῶν ὄντοτήτων, καὶ μάλιστα τοῦ διαβήτη, εἶναι διαιτητική καὶ νοητὴ ὑπὸ κατάλληλη ἐπάνδρωση καὶ λειτουργία εἰδικῶν κέντρων διατροφῆς καὶ διαβήτη [72, 73].

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ
ΚΑΙ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Στή μεγάλη αὐτὴ ομάδα, πρὸς τὴν ὁποία κατ' ἐξοχὴν στρέφονται ἡ στοργὴ κάθε ἀνθρώπου καὶ ἡ πρόκριση γιὰ περίθαλψη ἀπὸ τὴν πολιτεία, περιλαμβάνεται μία πληθώρα ἀπὸ ἀσθένειες τῶν ἐμβρύων κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνη, τῶν νεογνῶν μετὰ τὸν τοκετὸ καὶ τῶν παιδιῶν κατὰ τὸ πρῶτο ἔτος τῆς ζωῆς τους. Οἱ καθ' ἕκαστα ἀριθμοὶ ἐμβρυϊκῆς, νεογνικῆς καὶ πρώιμης καὶ ὕψιμης βροφικῆς θνησιμότητος καὶ νοσηρότητας δείχνουν τὸ μέγεθος τῶν προβλημάτων, προληπτικῶν καὶ θεραπευτικῶν, γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῶν ὁποίων εἶναι ἀναγκαῖα ἡ συνεργασία γενετιστῶν, μαιευτῶν, παιδίατρων καὶ διαφόρων ὑγειονομικῶν στελεχῶν [74]. Ἀντι-

λαμβάνεσθε ὅτι δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ σχολιάσω ὅλα αὐτὰ τὰ προβλήματα. Θὰ περιορισθῶ σὲ ἐλάχιστες ἀδρές πληροφορίες πὸν ἔχουν γενικὴ σημασία ἢ ἐνδιαφέρουν εἰδικὰ τὸ ἐλληνικὸ κοινό.

Κάθε χρόνο κυφοροῦνται καὶ γεννιῶνται στὸν κόσμον 75 ἑκατομμύρια νεογνά. Τὰ περισσότερα στὶς ὑποανάπτυκτες χῶρες. Ἀπ' αὐτὰ τὰ 5.000.000 ἀποθνήσκουν μέχρι τοῦ τέλους τοῦ πρώτου ἔτους τῆς ζωῆς τους [75], σὲ πολὺ μεγαλύτερο ποσοστὸ στὶς ὑποανάπτυκτες χῶρες, τόσο ἀπὸ προωμότητα καὶ συγγενεῖς διαμαρτίες [76], ὅσο καὶ ἀπὸ ἀνθυγιεινὸ πόσιμο νερό [77], κυρίως, καὶ ἀπὸ γενικότερους χαμηλοὺς οικονομικοκοινωνικοὺς ὅρους διαβίωσης [78]. Στὶς ἀνεπτυγμένες χῶρες, ὅπου συμπεριλαμβάνεται καὶ ἡ δική μας [79], σημειώνεται κατὰ τὰ τελευταῖα εἴκοσι χρόνια, μὲ ἐξαιρέση τῆ Ρωσία [80], σταθερὴ μείωση τῆς παιδικῆς θνησιμότητας [75], πὸν ὅμως παραμένει ὑψηλὴ (12,6%) στὰ νεογνά πὸν ζοῦν κατὰ τὴ γέννηση. Καὶ ὅλο καὶ περισσότερο καθιερώνεται, γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῶν κληρονομικῶν νόσων [81], συμβουλευτικὸς γενετικὸς ἔλεγχος (genetic counseling) [82], μὲ τὴ βοήθεια τῆς διαλογῆς (screening) διὰ προσδιορισμοῦ τῆς ἐμβρυοσφαιρίνης, τῆς ὑπερηχοτομογραφίας καὶ τῆς ἀμνιοκεντήσεως σὲ εἰδικὰ κέντρα.

Γιὰ τὴν Ἑλλάδα ἰδιαιτέρου ἐνδιαφέροντος παρουσιάζει τὸ θέμα τῶν αἰμοσφαιρινοπαθειῶν καὶ ἰδίως τῆς θαλασσαιμίας Β ἢ μεσογειακῆς ἀναιμίας καὶ τῆς δρεπανοκυτταρικῆς ἀναιμίας.

Ἡ πρώτη ὑπὸ τὴν ἐλαφρά της μορφή, τὸ στίγμα ὅπως τὸ ξέρομε, ἀπαντᾶται στὸ 7,7% τοῦ πληθυσμοῦ μας μὲ κατὰ τόπους διακρίσεις ἀπὸ 3,3% ἕως 15% [83, 84, 85]. Ἡ βαρεῖα της μορφή, ἢ ὁμόζυγη, πὸν ἔχει μοιραία ἐξέλιξη, καὶ σήμερον ἀκόμη, παρὰ τὶς μεγάλες θεραπευτικὲς προόδους, εἶναι σπανιότερη. Ὑπολογίζονται σὲ 100.000 τὰ ἄτομα στὸν κόσμον πὸν πάσχουν ἀπ' αὐτὴν καὶ σὲ 3.000 ὅσα νοσοῦσαν στὴν Ἑλλάδα κατὰ τὸ χρονικὸ διάστημα 1966 - 1975.

Στὰ 715 γεννώμενα βρέφη στὴ χώρα μας τὸ ἓνα πάσχει ἀπὸ τὴ νόσο καὶ σὲ λίγες περιοχὲς φθάνει τὸ ἓνα στὰ 100. Ἀξίζει προφανῶς ἡ συστηματικὴ ἀντιμετώπιση. Ἡ θεραπεία μὲ μεταγγίσεις καὶ ἡ ἀποσιδήρωση βελτιώνει σημαντικὰ τὴν πρόγνωση, ἐπιμηκύνουσα ἀξιόλογα τὴν ἐπιβίωση, μὲ δαπάνη 3.000 δολλαρίων κατ' ἄτομον καὶ ἔτος [86]. Κυρίως ὅμως ἡ προσπάθεια στρέφεται πρὸς τὴν πρόληψη, ἢ ὅποια εἶναι λιγότερο δαπανηρὴ, ἀκόμη καὶ σὲ χῶρες μὲ χαμηλὴ συχνότητα τῆς νόσου [86].

Ἡ ἄσκησή της ἐπιτελεῖται διὰ συνδυασμοῦ ἀκριβοῦς ἀνιχνεύσεως (detection) καὶ γενετικοῦ συμβουλευτικοῦ ἐλέγχου τῶν ὑπὸ κίνδυνον ζευγαριῶν, μεταμοσχεύσεως μυελοῦ ὀστέων, χορηγήσεως ὑποκαταστάτων αἵματος καὶ γενετικῆς ἀνασυνθέσεως (engineering) [87]. Ὁ συνδυασμὸς αὐτὸς εἶναι ἐφικτὸς ἐὰν ἀναπτυ-

χθοῦν εἰδικές μονάδες, ὅπως ἐκείνη ὑπὸ τὸν καθηγητὴ κ. Κατάμη, τὸ ἐρευνητικὸ καὶ ἰατροκοινωνικὸ ἔργο τῆς ὁποίας ἀξίζει νὰ ἐξαρθεῖ ἰδιαίτερα καὶ σὲ διεθνή κλίμακα.

Ἐνάλογες πρέπει νὰ εἶναι οἱ προσπάθειες γιὰ τὴν δρεπανοκυτταρική ἀναιμία, στὴν προγεννητικὴ διάγνωση τῆς ὁποίας ὑπάρχουν ἤδη θαυμαστά ἐπιτεύγματα [88, 89].

ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Ἐυπολογίζονται σὲ περισσότερες ἀπὸ 100 καὶ σὲ γενικὲς γραμμὲς διακρίνονται σὲ φλεγμονώδεις, ἐκφυλιστικές, ἐξωαρθρικό ρευματισμὸ καὶ μεταβολικὲς παθήσεις τῶν ὀστέων. Στὸ σύνολό τους ἀποτελοῦν ἓνα μεγάλο ἰατροκοινωνικὸ πρόβλημα λόγῳ ὑψηλῆς συχνότητος, ὄχι σπάνιας μεγάλῃς βαρύτητος, μακρῆς χρονιότητος, πρόκλησης ἀνικανότητος πρὸς ἐργασίαν καὶ ἀναπηρίας καὶ τεραστίων κοινωνικοοικονομικῶν ἐπιπτώσεων. Λέγεται ὅτι δὲν ὑπάρχει ἄλλη ὁμάδα νόσων ποὺ νὰ κάνει νὰ ὑποφέρουν τόσο ἔντονα τόσοι πολλοὶ ἄνθρωποι καὶ ἐπὶ τόσο πολὺ καιρό.

Ἡ ἀντιμετώπισή τους δημιουργεῖ τεράστια προβλήματα στὸ σύστημα ὑγιεινομικῆς περίθαλψης, στὶς κοινωνικὲς ὑπηρεσίες, στὸν ἄρρωστο καὶ τὴν οἰκογενειά του, καὶ στὴν ἐθνικὴ οἰκονομία. Καὶ εἶναι νοητὴ μὲ σωστὴ μόνον θεραπεία μετὰ ἔγκαιρη διάγνωση, μὲ ἀποτελεσματικὴ πρωτογενὴ περίθαλψη, ἐπαρκὴ δευτερογενὴ περίθαλψη καὶ εὐόδωση πολλῶν καὶ ποικίλων ἄλλων ἀντιρευματικῶν μέτρων, στὰ ὁποῖα νευραλγικὴ θέση ἔχουν τὰ ἐξωτερικὰ ρευματολογικὰ ἱατρεῖα.

Στὴ χώρα μας ἔγιναν κατὰ τὰ τελευταῖα χρόνια τὰ πρῶτα βήματα μὲ τὴν ἴδρωση ὀρισμένων ρευματικῶν κλινικῶν, ἱατρειῶν καὶ ἐταιριῶν καὶ τὴν καθιέρωση τῆς εἰδικότητος. Ὑπάρχει ὅμως ἀπέραντο πεδίο πρὸς κάλυψη.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΥΓΙΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΑΓΩΝΑ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΜΑΣ

Ἡ ἀντιμετώπιση τῶν πρώτης ἰατροκοινωνικῆς σημασίας νοσημάτων στὸν τόπο μας εἶναι νοητὴ μόνον ἀφοῦ ὑπάρξουν ὀρισμένες θεμελιώδεις προϋποθέσεις. Καὶ αὐτὲς εἶναι :

1. Γνώση τῆς ὑγιεινομικῆς μας στάθμης

Ἡ Ἑλλάδα μὲ βάση τὸ κατὰ κεφαλὴ εἰσόδημα ἀνήκει ἐδῶ καὶ μερικὰ χρόνια στὶς ἀνεπτυγμένους χώρες. Ἀντίστοιχη κατ' ἀκολουθία πρέπει νὰ εἶναι ἡ

ύγειονομική της ἔνταξη μὲ κριτήριον τὴν ἐπάρκεια διατροφῆς. Ὅμως ἡ ὑγεία δὲν εἶναι μόνον πρόβλημα ψωμοῦ. Μία σωρεία ἀπὸ ἄλλους παράγοντες τῆς γενικότερης διαβίωσης ἐπηρεάζουν καίρια τὴν ποιότητά της. Καὶ αὐτοὶ δὲν καλύπτονται χωρὶς γενικότερη ὑψηλὴ πολιτιστικὴ στάθμη τῆς κοινωνίας, ἡ ὁποία δὲν ἀποκτᾶται ἀμέσως μόνον ἀντιμετωπισθεῖ ἡ στέρηση σὲ ἓνα τόπο.

Σύμφωνα μὲ τὶς διαπιστώσεις αὐτές, ἡ Ἑλλάδα, ἔχει νὰ λύσει ὑγειονομικὰ προβλήματα, πὺν ἔχουν κυρίως οἱ ἀνεπτυγμένες χῶρες. Δὲν λείπουν ὅμως καὶ ἀνάγκες, πὺν προσιδιάζουν στὶς ὑποανάπτυκτες χῶρες. Καὶ σ' αὐτὲς ἐμπίπτουν πρῶτιστα τὰ παιδικὰ καὶ λοιμώδη νοσήματα, τῶν ὁποίων ἡ ἀντιμετώπιση δὲν ἐξαρτᾶται μόνον ἀπὸ τὸν οἰκονομικὸ παράγοντα, οὔτε εἶναι δαπανηρότερη σὲ σύγκριση μὲ ἄλλες ἀσθένειες [90, 91].

Διανύομε ὑγειονομικῶς μίαν μεταβατικὴν περίοδο μεταξὺ ὑποαναπτύκτων καὶ ἀνεπτυγμένων χωρῶν καὶ εἴμεθα πολὺ κοντὰ στὶς δεύτερες. Ὁ ὑγειονομικὸς μας ἀγῶνας πρέπει νὰ εἶναι ἀντίστοιχος.

2. Συγχρονισμένη βιολογικὴ κατανόηση τῶν νόσων.

Ἀπὸ συστάσεως κόσμου μέχρι σήμερον ἡ ἀντιμετώπιση τῶν νόσων ἀπορρεῖ ἀπὸ τὴ γνώση, πὺν σὲ κάθε ἐποχῇ ὑπῆρχε γιὰ τὴν αἰτιολογία, τὴν παθογονία καὶ τὴ φυσικὴ πορεία τῆς νόσου. Ἡ γνώση αὐτὴ διαδοχικὰ ὑπῆρξε ἐνστικτώδης, ἐμπειρικὴ, ἐπιστημονικὴ.

Στὰ χρόνια μας ἡ ἰατρικὴ γνώση θεμελιώνεται στὴ Μοριακὴ Βιολογία. Καὶ μὲ ποικιλότητας μεθόδους βασισμένες στὴ φυσικοχημεία, πὺν ὄλο καὶ τελειοποιῶνται σὲ εἰδικότητα καὶ εὐαισθησία, ἐρευνᾶ τὰ αἷτια τῶν νόσων βαθύτερα, τοὺς μηχανισμοὺς γένεσης καὶ ἀναπτύξεώς τους ἐνδελεχέστερα, τὶς μεθόδους θεραπευτικῆς καὶ προληπτικῆς ἀντιμετώπισής τους ἀσφαλέστερα. Ταυτοποιήθηκε ἔτσι ἓνα πλῆθος ἀπὸ ἐξωτερικοὺς περιβαλλοντικοὺς αἰτιολογικοὺς παράγοντες, ἀποκαλύφθηκε ἡ παθογενετικὴ σημασία διαφορῶν ἐνδογενῶν παραγόντων, μὲ ἐπικεφαλῆς τοὺς γενετικοὺς καὶ ἀνοσολογικοὺς καὶ ἐπινοήθηκαν θεραπευτικὲς καὶ προληπτικὲς μέθοδοι, ἐδραιωμένες πάνω στὴ φωτισμένη βιολογικὴ βάση. Οἱ γιαιτροὶ προπαντός, ἀλλὰ καὶ κάθε ἄλλη ὑγειονομικὴ δράση, πρέπει νὰ φωτίζονται ἀπὸ τὸ σύγχρονον, ἄπλετο βιολογικὸ φῶς σὲ κάθε τους βῆμα.

3. Στροφή πρὸς τὴν πρόληψη

Θεωρητικὰ ὑπῆρχεν ἀνέκαθεν προτίμηση γιὰ τὴν πρόληψη, τὴν Ὑγεία, σὲ σύγκριση πρὸς τὴν θεραπεία, τὴν Πανάκεια. Ἡ προτίμηση αὐτὴ κατὰ τὶς ἡμέρες μας πᾶει νὰ γίνῃ πρῶτος στόχος γιὰ δύο κύριους λόγους: Πρῶτον, γιὰτὶ μόνον

τὰ τελευταῖα χρόνια ἀναγνωρίσθηκαν πολλοὶ αἰτιολογικοὶ καὶ παθογενετικοὶ παράγοντες τῶν χρόνιων ἐκφυλιστικῶν ἀσθενειῶν, πὸν ἔχουν χαρακτηρησθεῖ σὰν κοινωνικὲς μάστιγες· προηγουμένως δὲν ὑπῆρχε πεδῖον γιὰ ἄσκηση ἀποτελεσματικῆ προληπτικῆς ἀγωγῆς. Καὶ δεύτερον, ἐπειδὴ, παρὰ τὶς θαυμάσιες διαγνωστικὲς καὶ θεραπευτικὲς ἐπιτευξίσεις, ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή γι' αὐτὲς τὶς ἀρρώστιες δὲν εἶναι, *grosso modo*, ἱκανοποιητικὴ.

Ἡ σύγχρονη πρόληψη νοεῖται, κυρίως, σὰν ἐνδύτατη, συστηματικὴ, (πρωτογενὴς πρόληψη), μὲ δύο στόχους : Πρῶτον καὶ κυρίως τὴν ἀποφυγὴν τῶν νόσων, μὲ τὴν ἀποσόβηση τῆς ἐπίδρασης τῶν περιβαλλοντικῶν, αἰτιολογικῶν, παραγόντων τους· κατ' ἔξοχὴν στὴν περίπτωση αὐτὴ ἐνδιαφέρει ἡ πρόληψη τῶν μεγάλων κοινωνικῶν ἀσθενειῶν, ἀπὸ τὶς ὁποῖες ἀρρωσταίνουν καὶ πεθαίνουν πολλοί, ἀλλὰ, πρὸς παρηγορίαν, κατὰ τὶς σημερινὲς ἀντιλήψεις, σὲ ὄχι μικρὸ βαθμὸ, προλαβαίνονται. Καὶ δεύτερο, τὴν ἐπίτευξη καλύτερης ποιότητος ζωῆς μὲ τὴν ἀποφυγὴν τῶν καλουμένων («παραγόντων κινδύνου») (*risk factors*), ἀπὸ τοὺς ὁποῖους κυριότεροι εἶναι ἡ πολυφαγία, ἡ λιποβρίθεια τῆς διατροφῆς, τὸ κάπνισμα, τὸ οἰνόπνευμα, ἡ μὴ σωματικὴ ἄσκηση, τὰ διάφορα *stress*.

Ἐὐλόγα, ὅσο προσιμότερα ἐφαρμόζεται ἡ πρωτογενὴς πρόληψη, τόσο καὶ καλύτερα εἶναι τὰ ἀποτελέσματά της [92].

Ἡ πρωτογενὴς πρόληψη, ἡ ὁποία κατὰ τὸν WHO εἶναι τὸ κλειδί γιὰ τὴν ὑγεία στὸ μέλλον, προκρίνεται ἀπὸ τὴν ἀντιμετώπιση περιπτώσεων ἀσθενειῶν ὀξείας μορφῆς [93] καὶ ἐπιτυγχάνεται μὲ ὄχι ἀβάστακτη οἰκονομικὴ ἐπιβάρυνση [94].

Στὸ ἐρευνητικὸ πεδῖο ἐπιτελεῖται μὲ τὶς παρακάτω προσπελάσεις : Πρῶτον, μὲ τὴ βοήθεια τῆς ἐπιδημιολογίας ἐρευνῶνται ὁμάδες ἀνθρωπίνων πληθυσμῶν γιὰ τὴν ἀνίχνευση τῶν περιβαλλοντικῶν αἰτίων τῶν νόσων. Ἐπειτα, μὲ πειραματικὲς ἔρευνες σὲ πειραματόζωα, διαλευκαίνεται ὁ αἰτιολογικὸς ρόλος τῶν παραγόντων, πὸν χαρακτηρίσθηκαν ὡς πιθανῶς αἰτιολογικοὶ κατὰ τὶς ἐπιδημιολογικὲς μελέτες. Στὴ συνέχεια, μὲ γενετικὲς ἐπιδημιολογικὲς ἐργασίαι διακριβώνεται ἡ τυχὸν αἰτιοπαθογενετικὴ συμβολὴ τοῦ γενετικοῦ παράγοντα. Καὶ στὸ τέλος ἡ ἴδια διερεύνηση ἐπεκτείνεται καὶ στὸν ἀνοσολογικὸ παράγοντα. Φορεῖς ἀντίστοιχα τῶν ἐρευνῶν εἶναι οἱ κλινικὰ προσανατολισμένοι ἐπιδημιολόγοι [95], οἱ εἰδικοὶ πειραματιστὲς, οἱ κλινικοὶ γενετιστὲς [96] καὶ οἱ ἀνοσολόγοι. Πρέπει νὰ προστεθεῖ ὅμως ὅτι ἡ ὕλη τῆς πρωτογενοῦς πρόληψης εἶναι ἀσύλληπτη· καὶ κατ' ἀνάγκην διὰ πρακτικὸν λόγον ἡ προσπάθεια πρέπει νὰ περιορίζεται στὴ διαλεύκανση τοῦ ρόλου ἐκείνων μόνον τῶν παραγόντων, γιὰ τὴ νοσογόνον ὑπευθυνότητα τῶν ὁποίων ὑπάρχουν σοβαρὰ ἐπιδημιολογικὰ δεδομένα. Κάτι παρόμοιο ἰσχύει καὶ γιὰ τὸν σ' ἔβλου γνωστὸ («προσυμπτωματικὸ ἔλεγχον», τὸ *check-up*, πὸν στοχεύει τὴν πρόωμην διά-

γνωση. Οί προοπτικές τῆς πρωτογενοῦς πρόληψης εἶναι ἀσύλληπτες ἐν ὄψει τῶν νεωτέρων γενετικῶν μεθόδων τοῦ ὑβριδώματος, τῆς ἀνασύνθεσης τοῦ *DNH* [97] καὶ τῆς θεωρητικῆς δυνατότητας γιὰ ἐφαρμογὴ γενετικῶν θεραπευτικῶν μεθόδων.

Στὴν πράξη ἡ πρόληψη πρέπει νὰ εἶναι κατ' ἐξοχὴν στὰ χέρια ἀφ' ἑνὸς τῶν οἰκογενειακῶν καὶ τῶν γενικῶν γιατρῶν, ἡ ἀρμοδιότης τῶν ὁποίων σαφῶς ἐξετιμῆθη ἀπὸ τὸ 1960 καὶ 1970 ἀντιστοίχως [98] καὶ ἀφ' ἑτέρου τῶν παιδιάτρων.

Διὰ καταλλήλου συνεργασίας αὐτῶν ἐξασφαλίζονται ἡ σωστὴ ἀνοσοποίηση, ἡ διαιτητικὴ καὶ ἐκπαιδευτικὴ καθοδήγηση καὶ ἡ πρόεπουσα, καθ' ὅλα, ἐποπτεία τῆς ὑγείας [99], ὑπὸ τὴν προϋπόθεση ὅτι θὰ κινουῦνται μέσα στὰ ὀρθόδοξα πλαίσια τῆς ἐπιδημιολογίας, τῆς ἀντικειμενικῆς αὐτῆς ἐπιστήμης, τῆς τόσο σπουδαίας στὴν ἐφαρμογὴ οἰουδήποτε ὑγειονομικοῦ ἀγώνα [100].

4. Κοινωνικοποίηση τῆς ὑγείας

Τὰ ἀπὸ μακροῦ πολλὰ καὶ ποικίλα παράμετρα τῆς ὑγείας πολλαπλασιάσθηκαν καὶ μεταβλήθηκαν ριζικὰ κατὰ τις ἡμέρες μας, λόγῳ ἐπιστημονικῶν προόδων, μεταβολῶν στὴ διαβίωση τοῦ ἀνθρώπου γενικότερα καὶ βελτιώσεων τῆς ἀντιμετώπισής τους.

Ἡ ἀστικοποίηση τοῦ πληθυσμοῦ καὶ ὁ ἐκβιομηχανισμὸς δημιούργησαν πολλὰ προβλήματα, ὅπως: Τὰ ἐργατικά καὶ τροχαῖα ἀτυχήματα· ποικίλες νόσοι ἀπὸ μόλυνση τοῦ περιβάλλοντος· διάφορα ψυχοπαθολογικὰ σύνδρομα ἀπὸ τὴν ἀνεργία, τὴν μετανάστευση, τὸν κλονισμὸ τῆς οἰκογένειας καὶ τῆς θρησκευτικῆς πίστεως· τοξικομανίες, ἀλκοολισμοί, πορνεία, ἐγκληματικότητα κ.λπ.

Οἱ φυσικοχημικὲς καὶ τεχνολογικὲς πρόοδοι ἐπλούτισαν τὴ διαγνωστικὴ καὶ τὴν θεραπευτικὴν μὲ νέα, συχνὰ πανάκριβα, μέσα· καὶ κατέστησαν ἀπαραίτητη τὴν καθιέρωση ὑποειδικεύσεων.

Ἐπηρεέτες τῆς ὑγείας δὲν εἶναι μόνον οἱ ὑγειονομικοὶ παράγοντες, ἀλλὰ καὶ πολλὰ στελέχη διαφόρων ὑπηρεσιῶν ἐξωνγειονομικῶν.

Ὅλες μαζὶ οἱ μεταβολές, πὸν ἀναφέρθηκαν, ἐπέβαλαν ἐπέκταση τῆς Ἱατρικῆς, ὅπως καὶ πολλῶν ἄλλων τομέων τῆς δραστηριότητος τοῦ ἀνθρώπου, ἕξω ἀπὸ τὴ στενὴ ὑγειονομικὴ περιοχὴ τῆς. Ἡ Ἱατρικὴ κοινωνικοποιήθηκε. Καὶ κάθε μέτρο πὸν ἀφορᾷ σ' αὐτήν, σὲ ἐπίπεδο ἀτόμου ἢ κοινωνίας, πρέπει νὰ ἐκτιμᾶται μὲ ὑπολογισμὸ τῆς ἐπίπτωσός του στὴ σωματικὴ, τὴν πνευματικὴ, τὴν ψυχικὴ καὶ τὴν κοινωνικὴ εὐεξία τῶν καθ' ἕκαστα ἀτόμων καὶ τοῦ συνόλου. Τῆς ἐπίπτωσός του, πὸν ὑπολογίζεται πάνω στὴ σχέση: «Ὁφέλεια προσδοκωμένη — ἀνεπιθύμητες συνέπειες καὶ δαπάνες ἀναγκαῖες» [101, 102].

Ἡ κοινωνικοποίηση τῆς υγείας κατέστησε τὴν πολιτεία, μὲ τὴν συντονιστικὴν τῆς ἀποστολήν, πρῶτο φορέα τῆς καὶ τὰ καθ' ἕκαστα ἄτομα ὑπεύθυνα γιὰ ἐξασφάλισή της. Ὁ Ἀκαδημαϊκὸς κ. Λοῦρος ὑπῆρξε πρωτοποριακὸς στὰ κοινωνικοῦγειονομικὰ προβλήματα τῆς χώρας μας.

5. Σωστὴ ἰατρικὴ νοοτροπία

Εἶναι ἀξίωμα ὅτι κάθε ἰατρικὴ δράση, ἐρευνητικὴ ἢ παρεμβατικὴ, πρέπει νὰ βηματοδοτεῖται ἀπὸ Καρτεσιανὴ βιολογικὴ νοοτροπία. Χωρὶς ἀναλυτικὴ καὶ συνθετικὴ ἐπεξεργασία θεμελιωμένη στὴ Βιολογία — σὲ τελικὴ δὲ ἐκτίμηση στὴ φυσικοχημεία καὶ τὰ Μαθηματικά— δὲν νοεῖται ἐπιστημονικὴ ἀλήθεια καὶ ρεαλιστικὴ παρέμβαση. Τὸ βιολογικόν, ἐπομένως, μοντέλο τῆς Ἰατρικῆς σκέψης εἶναι προϋπόθεση *sine qua non*. Ἀδίστακτα, ὅμως, μπορεῖ κανεὶς νὰ προσθέσει, ὅτι μόνον του δὲν ἀρκεῖ γιὰ ὀλοκληρωμένη ἀντιμετώπιση ἐνὸς μεγάλου ποσοστοῦ ἀσθενῶν, οἱ ἐκδηλώσεις τῶν ὁποίων στενὰ σχετίζονται εἴτε κατὰ αἰτιολογία καὶ παθογένεση (ψυχολογικοὶ συντελεστῆς) εἴτε κατὰ κλινικὴ εἰκόνα (ψυχικὰ ἐπακόλουθα) μὲ τὴν ψυχὴ τοῦ ἀνθρώπου.

Τὰ λεγόμενα ψυχοσωματικὰ νοσήματα (ἔλκος στομάχου [103], ἐδερθέτιστο ἔντερο, μερικές μορφές ἀρτηριακῆς ὑπέρτασης, βρογχικὸ ἄσθμα, ἡμικρανία, νευροδερματίτιδα κ.λπ.) ἀνήκουν σ' αὐτὴν τὴν κατηγορία, γιὰτι ξεκινοῦν ἢ ἐπηρεάζονται ἀπὸ ἀνόμαλες ψυχικὲς καταστάσεις καὶ ἐξελίσσονται σὲ σωματικὲς παθήσεις ἢ ἐκφράζονται ὅπως αὐτές, μὲ παρέμβαση νευροενδοκρινικῶν, κυρίως, μηχανισμῶν, ποὺ ὅλο καὶ ξεκαθαρίζονται τελευταῖα [104]. Ἐπίσης σωρεία ἀπὸ νευρώσεις, διαταραχῆς τοῦ χαρακτήρα καὶ ψυχοκοινωνικοὺς προβληματισμοὺς, σχετίζονται σαφῶς μὲ ψυχικὰ τραύματα κατὰ τὴν κοινωνικὴ διαβίωση καὶ ἀποτελοῦν αἷτια δυστυχίας σὲ εὐρείες μάζες τοῦ λαοῦ.

Ἡ ἀντιμετώπιση ὅλων αὐτῶν τῶν ψυχοπαθειῶν ἐπιβάλλει :

Πρῶτον, τὴν ἱκανοποιητικὴν ψυχιατρικὴν κατάρτιση τῶν γιαιτρῶν καὶ κατ' ἐξοχὴν τῶν οἰκογενειακῶν ἢ γενικῶν πρακτικῶν. Σὲ αὐτοὺς κυρίως ἐμπίπτουν τόσο ἡ πρωτογενὴς ὅσο καὶ ἡ δευτερογενὴς ψυχιατρικὴ πρόληψη, γιὰ ἀπομάκρυνση τῶν αἰτίων τους καὶ κατὰ τὸ δυνατόν πρόωμὴ διάγνωσή τους [105]. Δεύτερον, τὴν συνεργασία ψυχιάτρων καὶ γιαιτρῶν γενικῆς ἰατρικῆς πράξης, ὅταν πιθανολογεῖται σὲ μία νόσο ἢ συμβολὴ τοῦ ψυχικοῦ παράγοντα [106]. Καὶ τρίτον, γενικότερα, τὴν ἐδραίωση τῆς ἰατρικῆς σκέψης πέραν ἀπὸ τὸ βιολογικὸ καὶ σὲ ψυχικὸ μοντέλο («Πιστεύω»), ὅτι ἡ νοοτροπία τοῦ ψυχιάτρου ἢ τοῦ ψυχολόγου κατ' ἐξοχὴν εἶναι ἀπαραίτητη στὸν παιδίατρο, γιὰτι αὐτὸς πῶς πολὺ ἀπὸ κάθε ἄλλον —καὶ ἀκολουθεῖ

ὁ δάσκαλος—μπορεῖ νὰ συντελέσει στήν ἐλαχιστοποίηση τῆς σύγχρονης κοινωνικῆς ἀστάθειας, μὲ ἐπακόλουθο πολλές ἀγαθές, ἀκόμη καὶ οἰκονομικές, ἐπιπτώσεις [107]. Καὶ ὅτι ἡ ψυχολογικὴ προσέγγιση τῶν ἀσθενῶν μπορεῖ νὰ περιορίσει τὴ σωρεία τῶν διαγνωστικῶν tests καὶ τὴν ὑπερκατανάλωση φαρμάκων, μὲ ταυτόχρονη ἐξασφάλιση μεγαλύτερης ψυχικῆς γαλήνης στοὺς ἀσθενεῖς [108, 109]. Πιθανότατα, ἂν ὁ κάθε γιατρὸς ἀσθενοῦσε μία φορὰ στὴ ζωὴ του ἀπὸ ἓνα δὲξὸ ἀπειλητικὸ νόσημα κι ἄλλη μιὰ φορὰ ἀπὸ ἓνα χρόνιο παρατεταμένο, κι ἐγνώριζε τὸν πόνο καὶ τὴν ἀγωνία τῆς ἀσθένειας ἀπὸ προσωπικὴ ἐμπειρία, ἢ ποιότητα τῆς περιθαλψῆς ποὺ θὰ προσέφερε σὲ ὅλη του τὴ ζωὴ μὲ τὴν ἀνθρώπινη συμπαράστασί του θὰ βελτιωνόνταν σὲ μεγάλο βαθμὸ.

Μία καλὴ προσπάθεια γιὰ σωστὴ καθοδήγηση τοῦ γιατροῦ κατὰ τὴν ἄσκηση τοῦ λειτουργήματός του στὸν τόπο μας ξεκινάει προσεχῶς ἀπὸ τὸ Γερουλάνειο Ἰδρυμα.

6. Μέτρο στὸ οἰκονομικὸ σκέλος τῆς υἰγείας

Παρ' ὅτι ἡ ὁμιλία μου ἐντοπίζεται κυρίως στὰ ἱατρικὰ παράμετρα τῆς υἰγείας, δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ μὴν ὑπάρξουν σχόλια γιὰ ἓνα κατ' ἐξοχὴν σημαντικὸ καθοριστὴ της, τὶς δαπάνες της.

Ζοῦμε, ὅπως τονίζει σὲ πρόσφατη ἐργασία του ὁ Ἀκαδημαϊκὸς κ. Ζολώτας [110], σὲ κοινωνία ἀφθονίας. Ὁ βιομηχανικὸς ἄνθρωπος δὲν βρῖσκεται σὲ ἀρμονία πρὸς τὸ σύμπαν ποὺ τὸν περιβάλλει, γιὰ τὸ περιβάλλον, ὅπως καὶ ὁ ἐσωτερικὸς του κόσμος, ἔχουν διασαλευθεῖ. Μὲ τὴν ὑπερκαταναλωτικὴ του νοοτροπία καταναλώνει τὰ ἀποθέματα τοῦ οἰκοσυστήματος καὶ τῆς ἀνθρωπιστικῆς του κληρονομίας. Ἀνεμπόδιστα διογκώνονται ἡ οἰκονομία καὶ ἡ τεχνολογία του, σὰν νὰ πρόκειται γιὰ αὐτοσκοποὺς χωρὶς παράλληλη πορεία τῆς κοινωνικῆς καὶ ἀτομικῆς ἐδζωίας. Ζεῖ παρὰ φύση μὲ ἀχαλίνωτη χρῆση τῶν ἀγαθῶν καὶ ἱκανοτήτων του. Ὑπείκει στὸ νόμο τῆς ἐπιτάχυνσης, ὑπερεκτιμᾷ τὸ παρόν, καὶ τὰ «στατιστικά» καὶ ἀγνοεῖ τὶς παραδοσιακὰ καὶ ἱστορικὰ ἐμπειρίες [111].

Παράλληλη εἶναι ἡ στάση τοῦ σημερινοῦ ἀνθρώπου καὶ στὸν τομέα τῆς υἰγείας. Οἱ οἰκονομικοὶ καὶ τεχνολογικοὶ της συντελεστὲς εἶναι τώρα ἀσύγκριτα περισσότεροι καὶ ὑψηλότεροι, μὲ τάση νὰ μεγιστοποιηθοῦν ἀκόμη πιὸ πολὺ. Καὶ ἡ κατανάλωσή τους ἀκόμη πιὸ μεγάλη. Διότι δὲ παραγνωρίζονται τὰ ψυχολογικὰ αἰτήματα τοῦ ἀνθρώπου, ἔχει δημιουργηθεῖ ἓνα συνεχὲς ἀνικανοποίητο πρὸς τὴν υἰγεία μὲ ἀνυποχώρητη ἀπαίτηση γιὰ μεγαλύτερη οἰκονομικὴ της κάλυψη. Καὶ τοῦτο, ἐνῶ κανεὶς («παίτων») δὲν ἀμφιβάλλει, ὅτι ἡ δαπάνη γιὰ τὴν υἰγεία δὲν εἶναι παράλ-

ληγή με τή στάθμη της, ἐκτὸς ἂν πρόκειται νὰ καλύψει στοιχειώδεις βιοτικές καὶ ὑγειονομικὲς ἀνάγκες. Ἡ προϋπόθεση ποὺ ἐπιβάλλεται νὰ ἐξασφαλισθεῖ εἶναι : Ἡ πολιτεία, σωστὰ διαφωτισμένη καὶ διακατεχόμενη ἀπὸ νοοτροπία οἰκονομολόγου καὶ ὄχι λογιστικῆ [112], νὰ καθορίσει χρυσή τομή στὶς ἐπὶ μέρους ὑγειονομικὲς δαπάνες της, ὥστε νὰ ἐξασφαλισθεῖ ἡ καλύτερη ἀναλογία στὴ σχέση «δαπάνη - ὠφέλεια» [113] μετὰ τὴ συνεργασία ὄλων τῶν στελεχῶν τῆς ὑγείας, ὑγειονομικῶν καὶ μὴ, καὶ τῶν ἀρρώστων καὶ νὰ μὴν ἐπιρροῦνται ἀβασάνιστα οἱ ἐθόνες γιὰ τὶς ὑπερβολικὲς δαπάνες ἀποκλειστικὰ στοὺς γιατροὺς. Αὐτὸ εἶναι ἄδικο. Μοιάζει, ὅπως εἶπε ὁ Silk, μετὰ τὸν καταλογισμό τῆς ἐθόνης γιὰ τὴ μεγάλη κατανάλωση βενζίνης ἀπὸ τὰ jets στοὺς πιλότους τους [114].

Εἰδικότερα, ὀρθὸν εἶναι, νὰ ληφθεῖ ὑπ' ὄψη ὅτι ἡ ἐπαρκὲς οἰκονομικὴ ἀντιμετώπιση τοῦ προβλήματος τῆς ὑγείας ἐπηρεάζει ἐνδεχόμενως πολλοὺς ἄλλους τομεῖς τῆς κοινωνικῆς διαβίωσης [115].

7. Ὁργάνωση εἰδικῶν μονάδων

Ἀπὸ τὰ ὅσα ἀνεφέρθησαν γιὰ τὸ σύγχρονο status quo καὶ τὴν ὀρθὴ ἀντιμετώπιση τῶν κυριωτέρων κοινωνικῶν μας νόσων, καθίσταται φανερὸ ὅτι ἡ ὀργάνωση ἀντίστοιχων εἰδικῶν ὑγειονομικῶν μονάδων εἶναι ἀπαραίτητη γιὰ νὰ ἀσκηθεῖ σωστὸς σύγχρονος ὑγειονομικὸς ἀγὼνας στὸν τόπο μας.

Σὰν πρῶτες πρὸς ἴδρυση ἀπ' αὐτὲς καὶ ἐν ὄψει μερικῶν ποὺ ὑπάρχουν (νεφρολογικὲς, ἐντατικῆς παρακολούθησης κ.λπ.) προτείνονται οἱ ἐξῆς : Ἀγγειακῶν νόσων, νεοπλασιῶν, διατροφῆς, ἀτυχημάτων, ψυχικῶν νόσων, λοιμωδῶν, περιγεννητικῶν καὶ ρευματικῶν, μετὰ κύριο στόχο τὴν κάλυψη τοῦ ὑγειονομικο-κοινωνικοῦ στοιχείου.

8. Ὑπὲρ πάντα ἡ ὑγειονομικὴ ἐκπαίδευση

Θεμελιωδέστερη προϋπόθεση τοῦ ἀγῶνα γιὰ τὴν ὑγεία εἶναι ἡ ὑγειονομικὴ ἐκπαίδευση, ὃ κοινὸς παρονομαστὴς ὄλων τῶν προϋποθέσεων στὶς ὁποῖες ἀναφερθήκαμε. Κατὰ λογικὴν, εἶναι πολυπαραγοντιακὴ, ὅσο καὶ ἡ ὑγεία.

Τὴ βασικὴ ἐθὼν γιὰ ὀρθὴ ἐξασφάλισή της ἔχει ἡ πολιτεία. Αὐτὴ πρέπει νὰ προγραμματίζει εἴσοχα, νὰ ὀργανώνει τὶς ἀπαραίτητες εκπαιδευτικὲς ὑπηρεσίες μετὰ ἐπιτυχία, νὰ ἐπιλέγει τοὺς εκπαιδευτὲς ἀξιοκρατικὰ, νὰ διαφωτίζει, ὅσο χρειάζεται, μετὰ τὰ μέσα ποὺ διαθέτει, νὰ δαπανᾷ τὰ χρήματά της συνετά. Κύρια ἐκτελεστικὰ ὄργανα τῆς ὑγειονομικῆς ἐκπαίδευσης εἶναι οἱ γιατροὶ καὶ τὸ παραὑγειονομικὸ προσωπικόν, ὅποινδήποτε καὶ ἂν προσφέρει ὑπηρεσίες. Μὰ

καὶ κάθε ἄλλος ἐκπαιδευτὴς ἔχει νὰ προσφέρει κάτι σχετικὸ μὲ τὴν ὑγεία. Καὶ ὅλα τὰ ἄτομα, ἔστω καὶ σὰν ὑποδοχεῖς, ἔχουν σχέση μὲ τὴν ὑγειονομικὴ ἐκπαίδευση. Καὶ πρέπει νὰ διακατέχονται, ὡς μέλη τοῦ συνόλου, ἀπὸ αἶσθημα ὑπευθυνότητας γι' αὐτήν. Μόνο μὲ τὴν ἐκπαιδευτικὴ συνεργασία ὅλων τῶν φορέων εἶναι δυνατὸν νὰ ἀκολουθηθεῖ ὁ σωστὸς τύπος διαβίωσης, στὴ γενικὴ τῆς μορφῆς, πὺν εἶναι λυδία λίθος γιὰ τὴν ὑγεία [116].

Κύριε Πρόεδρε,

Παραβλέποντας τὴ σοφὴ λαϊκὴ παροιμία : «Δάσκαλε πὺν δίδασκες καὶ νόμο δὲν ἐκράτεις», σῶς προξένησα μεγάλο stress μὲ τὴν μακρὰ μου ὀμιλία. Μοῦ ἦταν ὁμως μία ἔντονη ψυχολογικὴ ἀνάγκη ν' ἀκουσθοῦν ἀπ' αὐτὸ τὸ βῆμα μερικὲς σκέψεις ἑνὸς παλιοῦ γιαιτροῦ γιὰ τὸ πῶς πρέπει νὰ ξεκινήσει καὶ μὲ ποιὲς προϋποθέσεις πρέπει νὰ διεξάγεται στὸν ἑλληνικὸ χῶρο σήμερα ἡ ἀντιμετώπιση τοῦ προβλήματος τῆς ὑγείας, μὲ τίς τεράστιες κλινικὲς, προληπτικὲς καὶ κοινωνικὲς του διαστάσεις.

Καὶ νά, συνοπτικά, τί ὑποστηρίχθηκε :

Ἐπὸ τὸ γεγονὸς ὅτι τὸ πρόβλημα εἶναι ἀπέραντο σὲ ἔκταση, πρέπει νὰ ὑπάρξουν προτεραιότητες. Αὐτὲς καθορίσθηκαν μὲ τὰ ὑπάρχοντα στατιστικὰ στοιχεῖα θνησιμότητας, νοσηρότητας καὶ δαπάνης. Καὶ ἀφοροῦν στὶς κάτωθι νοσολογικὲς ὀντότητες :

Ἐγγειακὲς παθήσεις, νεοπλασματικὲς, ἀτυχήματα, ψυχικὲς, παχυσαρκία, διαβήτης, γῆρας, λοιμώξεις, περιγεννητικὲς, αἰμοσφαιρινοπάθειες, ρευματικὲς. Εἶναι κατὰ πλειονότητα ἀσθένειες ἐπιπολάζουσες στὶς ὑπερκαταναλωτικὲς κοινωνίες.

Γιὰ κάθε μιὰ ἀπ' αὐτὲς δόθηκαν τὰ κύρια σύγχρονα στοιχεῖα, πὺν σχετίζονται μὲ τὴν αἰτιοπαθογένεσή τους καὶ τὴν πρέπουσα ἀντιμετώπισή τους. Ἐιδιαίτερη ὑπῆρξε ἡ ἔμφαση γιὰ τίς ψυχικὲς νόσους στὴν ἐδρῶτατη ἔννοιά τους, μὲ τὴν ἀποψη, ὅτι αὐτὲς κατ' ἐξοχὴν διαταράσσουν τὴν ὑγεία τῆς κοινωνίας.

Στὴ συνέχεια προσδιορίσθηκαν οἱ βασικὲς προϋποθέσεις τοῦ ὑγειονομικοῦ ἀγῶνα, πὺν ἦταν καὶ ὁ κεντρικὸς μου στόχος. Καὶ αὐτὲς ἦταν : Γνώση τῆς ὑγειονομικῆς μας στάθμης, σύγχρονη βιολογικὴ κατανόηση τῶν νόσων, στροφή πρὸς τὴν πρόληψη, κοινωνικοποίηση τῆς ὑγείας, σωστὴ ἱατρικὴ νοοτροπία, μέτρο στὸ οἰκονομικὸ σκέλος τῆς ὑγείας καὶ συστηματικὴ ὑγειονομικὴ ἐκπαίδευση.

Πρόκριση ἰδιαίτερα δόθηκε στὴν πρόληψη, τὴ βιολογικοψυχοκοινωνικὴ σκέψη τοῦ γιαιτροῦ, τὴν κοινωνικοποίηση τῶν προβλημάτων τῆς ὑγείας καὶ προπαντὸς στὴν ὑγειονομικὴ παιδεία. Αὐτὴ δὲν ἔχει ἀκόμη ἐξασφαλισθεῖ ἱκανοποιητικὰ πουθενὰ στὸν κόσμο. Καὶ γι' αὐτὴν κατ' ἐξοχὴν διψάει ὁ τόπος μας. Ἐ πολιτεία

πρέπει με αυστηρή υπευθυνότητα να την ξεκινήσει με προγραμματισμό υπερεκπο-
ματικής πανεθνικής αποδοχής. Τονίζω : υπερεκποματικής πανεθνικής αποδοχής.

Το ίδιο ισχύει για όλους τους μεγάλους τομείς της κοινωνικής μας ζωής,
για να ελπίσουμε σε ένα καλύτερο αύριο. Παντοῦ τὸν πρώτο λόγο ἔχει ἡ παιδεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Mahler, H., Blueprint for health for all. WHO Chron. 1977 : 31 : 491 - 498.*
2. *Μερίκας, Γ., Τὸ πρόβλημα τῆς υγείας στὴν Ἑλλάδα. Πρακτ. Ἀκαδ. Ἀθηνῶν 1980 : 65 : 206 - 238.*
3. *E v a n s, J. R. and oth., Shattuck lecture Health care in the develop-
ing world : Problems of scarcity and choise. N. Engl. J. Med. 1981 :
305 : 1117 - 1128.*
4. *Τριχοπίουλος, Δ., Ἐπιδημιολογία, Ἀθήνα 1982.*
5. *P r e n t i c e, R., Use of the logistic model in retrospective studies.
Biometrics 1976 : 32 : 599 - 606.*
6. *M i e t t i n e n, O. S., Stratification by a multivariate confounder
score. Am. J. Epidem. 1976 : 104 : 609 - 620.*
7. *B i s h o p, V. M. M. and oth., Discrete multivariate analysis. Cam-
bridge, M. I. T. Press, 1975.*
8. *U n. N a t i o n s D e m o g r a p h i c, Yearbook 1978.*
9. Ἀδημοσίευστα στοιχεία Ε.Σ.Υ.Ε.
10. *Στατιστική Κοιν. Προνοίας καὶ Ὑγιεινῆς 1979 καὶ 1980. Ἑθν. Στατιστ.
Ὑπηρεσία τῆς Ἑλλάδος 1982 [συμπληρωθεῖσα].*
11. Ἑθν. Στ. Ὑπηρεσ. Ἑλλάδος 1980.
12. *The multiple risk factor intervention trial group. Statistical disign
considerations in the NHLI multiple risk factor intervention trial
(M.R.F.I.T.), J. Chron. Dis. 1977 : 30 : 261 - 275.*
13. *K u l l o r, L. and oth., Primary intervention of heart attacks. The
multiple risk factor intervention trial. Am. J. Epidem. 1980 : 112 :
185 - 199.*
14. *C o n n o l y, D. C. and oth., Coronary heart disease in residents of
Rochester. Minnesota, 1950 - 1975. I. Background and Study design.
Mayo Cl. Proc. 1981 : 56 : 661 - 664.*

15. *Elveback, L. R. and oth. Coronary heart disease in residents of Rochester, Minnesota. II. Mortality, incidence and Survivorship., Mayo Cl. Proc. 1981 : 56 : 665 - 672.*
16. *Prevention of coronary heart disease in the U.K. Lancet 1982 : I : 846 - 847.*
17. *Lees, R. and Ann Lees, Edit. High density lipoproteins and the risk of atherosclerosis. N. Engl. J. Med. 1982 : 306 : 1546 - 1548.*
18. *Hart, J. T., Practising prevention. Coronary disease. B. M. J. 1982 : 285 : 347 - 349.*
19. *Schoenberger, J. A., The downward trend in cardiovascular mortality. Challenge and opportunity for the practitioner. JAMA 1982 : 247 - 836.*
20. *Hjermann, I. and oth., Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet 1981 : II : 1301 - 1310.*
21. *World Health Organisation European Collaboration Group. Multifactorial trial in the prevention of coronary heart disease 2. Risk factor changes at two and four years, Europ. Heart. J. 1982 : 3 : 184 - 190.*
- 21a. *Drummond, M. F., G. H. Mooney, Essential of health economics : Part II. Financing health care. B.M.J. 1982 : 285 : 1101 - 1103.*
22. *WHO, Regional office for Europe : Consultation of hypertension research to health Care Dec. 1979.*
23. *Παπαεβαγγέλοβ, Γ. Τριχόποβλοσ, Δ.*
24. *Ζημάλησ, Παπαδογιάννησ, Καρατζάσ.*
25. *Gavin, A. and oth. (1982), Hypertension : Comparison of drug and non drug treatment. B.M.J. 1982 : 284 : 1523 - 1520.*
26. *Sounding Goard, Should mild hypertension be treated? N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 306 - 309.*
27. *Brand, E. N., Jr., Quoted in Un. States Medicine, 1982, 18 : 2, Jan.*
- 27a. *Hypertension detection and follow-up program cooperative group : The effect of treatment on mortality in "mild" hypertension : Results of the hypertension Detection and follow up program. T. N. Eng. J. Med. 1982 : 307 : 976 - 981.*
28. *Wilber, J. and J. Barrow, Hypertension A community problem. A. J. M. 1972 : 52 : 653 - 663.*

29. *Med News*, Regression of atherosclerosis - preliminary but encouraging news. *JAMA* 1981 : 246 - 2309 - 2135.
30. Niehaus, C. E. and oth., Influence of lipid concentration and age on transfer of plasma lipoprotein into human arterial intimo, *Lancet* 1977 : II : 469 - 471.
31. Wagner, W. D. and oth., A study of atherosclerosis regression in *Macaca mulata*. *Am. J. Pathol.* 1980 : 100 : 633 - 670.
32. Tobis, L. S., The hospitalized elderly, *JAMA* 1982 : 248 - 874.
33. Schneider, E. L., Butler, R. N., *Geriatrics*. *JAMA* 1981 : 245 : 2190 - 2191.
34. Acheson, E. D., The impending crisis of old age : a challenge to ingenuity, *Lancet* 1982 : II : 592 - 594.
35. Βαλαώρας, Ἀτομική καὶ Δημόσια Ὑγιεινή, 1979.
36. Department of health and social security. A happier old age. London : H. M. Stationary office, 1978.
37. Rodgers, J. S. and J. A. Muir Gray, Long stay care for elderly people : its continuing evolution. *B. M. J.* 1982 : 285 : 707 - 709.
38. Rango, N., Nursing home care in the Un. States - Prevailing conditions and policy implications. *N. Engl. J. Med.* 1982 : 307 : 883 - 889.
39. Vladeck, B. C., Understanding long-term care, *N. Engl. J. Med.* 1982, 307 : 889 - 890.
40. Death in old age, *Lancet* 1982 : II : 477.
41. J. A. Muir Gray, Practising prevention in old age, *B. M. J.* 1981, 285 - 545.
42. Gorder, C. A., A happier old age in Denmark. *B. M. J.* 1982, 284 : 1729 - 1730.
43. Taber, M. A., Wicked problems. Pp. 247 - 248, in "Alternative to nursing home care for the frail elderly". *The Gerontologist* 1980 : 20 : 247 - 380.
44. Δορταῖς, Α., Ἡ τρίτη ἡλικία, Ἀθήναι 1981, σ. 303 - 326.
45. Department of health and social security. Care in the community London : DHSS, 1981.
46. Ε.Σ.Υ.Ε., 1979.
47. Oxford tumor marker, *Lancet* 1982 : II : 25 - 26.
48. Ashall, F. and oth., A new marker for human cancer cells. 1. The Ca antigen and the Cai antibody, *Lancet* 1982 : II : 1 - 7.

49. *M. Gee J., O' D., A new marker for human cancer. 2. Immunohistochemical detection of the Ca antigen in human tissues with the Ca1 antibody, Lancet 1982 : II : 7 - 11.*
50. *Giulio, D'Angio, More cures - Follow-up for childhood cancers. Decate of discovery - National Cancer advisory board (NIH), 1981.*
51. *International directory of specialized cancer research and treatment establishments. U.I.C.C. Tech. Rep. Ser. 33, 1 - 724 (2d ed.).*
52. *Κοντογιαννόπουλος, Π. Ν., Τὰ τροχαῖα ἀτυχήματα στὴν Ἑλλάδα. Ἑλλ. Χειρ. Ὀρθοπ. καὶ Τραυματολογία, 1982 : Τ. 33 : Τχ. 2 : 109 - 115.*
53. *Ζαοόσης, Α.- Α., Ὁργάνωσις τῆς περιθάλψεως τῶν ἐξ ἀτυχημάτων τραυματιῶν. Ὀρθοπ. Χρον. Ἀσκλ. Βούλας 1964 , 289.*
54. *Ἡλιόπουλος, Κ. Σ., Ἡ ἀντιμετώπισις τοῦ ἀτυχήματος. Συμπ. Ἑλλ. Χειρ. Ὀρθοπ. Τραυμ. Ἑταιρείας (1971).*
55. *Κέντρο προγραμματισμοῦ καὶ οἰκονομικῶν ἐρευνῶν. Ὑγεία. Ἐκθεσις ὁμάδος Ἐργασίας 1976.*
56. *Stefanis, C. and Madianos, M. The chronic mentally ill in Greece. Recent development in treatment and rehabilitation (πρὸς δημοσίευσιν).*
57. *Στεφανῆς Κ. καὶ Μ. Μαδιανός, Διαπιστώσεις καὶ προοπτικὲς γιὰ τὴν περιφερειακὴ ἀνάπτυξη ὑπηρεσιῶν ψυχικῆς ὑγείας. Ἱατρικὴ 1980 : 38 : 241 - 249.*
58. *Μαδιανός, Μ. καὶ Κ. Στεφανῆς, Ψυχιατρικὴ καὶ κοινότητα - Προοπτικὲς γιὰ ἓνα κέντρο Ψυχικῆς Ὑγιεινῆς, Ἐγκέφαλος 1980 : 17 : 54 - 58.*
59. *Stefanis, C. and M. Madianos, Mental health care delivery system in Greece. A critical overview.*
60. *Lyketsos, G., Prevention of chronic mental disorders in Greece in aspects at preventive Psychiatry. Ed. by G. Christodoulou, Edit. Biblioth. Psych., 1981 : 160 : 105 - 109.*
61. *Biblioth. psychiatrica 1981 : 160 : 78 - 83, Teitelbaum, M. I., Toward better integration of medical and psychiatric care, JAMA 1982 : 977 - 980.*
62. *Hoffman, R.S. and S. Francisco, Diagnostic errors in the evaluation of behavioral disorders, 1982 : JAMA 248 : 964 - 968.*
63. *Ἱεροδιακόνοβ Χαρ., Ἡ ἀξία τῆς ψυχιατρικῆς σκέψεως στὴν Ἱατρικὴ πράξι, Ἱατρικὴ, 1982 : 41 : 425 - 429.*

64. *Leigh, D. A., Antimicrobial usage in forty-three hospitals in England. J. Antimicrob. Chemother. 1982 : 9 : 75 - 84.*
65. *Geeddes, A. M., Microbial resistance to antibiotics - Introduction. Lancet 1982 : II : 82 - 83.*
66. *Levy, S. B., Microbial resistance to antibiotics, Lancet 1982 : II : 83 - 88.*
67. *Mackowid, K., Thenormal microbial flora. N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 83 - 97.*
68. *Edit. Eichhoff, T. C., Nosocomial infections. N. Engl. J. Med., 306 : 1545 - 1546.*
69. *Joint tuberculosis committee of the british thoracic association. Notification of tuberculosis : a code of practice for England and Wales, B. M. J.*
70. *Χριστακόπουλος, Π., Καραμάνος, Β., Βιολάκη, Μ., Χανιώτης, Δ. και Γ. Μερικάς, 'Η συχνότης τοῦ σακχαρώδους διαβήτου εἰς τὸν ἀγροτικὸν πληθυσμὸν τῆς Ἑλλάδος, 'Ιατρικὴ 1976 : 29 : 537.*
71. *Κατσιλάμπρος, Ν., Στεργιώτης, Ι., Ν. Μοίρας, 'Ηλ. Μπάζας και Γ. Δάϊκος, Προκαταρκτικὰ ἀποτελέσματα ἐπὶ τῆς ἀνιχνεύσεως διαβήτου εἰς προάστειον τῶν Ἀθηνῶν. 'Αρχ. 'Ιατρ. 'Ετ. Ἀθηνῶν 1975 : 1 : 32.*
72. *Luft, B. I., Preface : In Wold haul, W. K., ed. Diabetes 1979, Amsterdam, Excerpta Medica, 1980, IX.*
73. *The place of nurses in management of diabetes. Lancet : 1982 : I : p. 145.*
74. *Chiswick, M. L., Perinatal referral : a time for decisions, B. M. J., 1982 : 285 : 83 - 84.*
75. *Infant mortality, Lancet 1982, II, 136.*
76. *Arneil, G. C. and oth., Postperinatal infant mortality in Glasgow, 1979 - 81, Lancet 1982 : II : 649 - 651.*
77. *Patel, M., Effects of the health service and environmental factors on infant mortality — the case of Sri Lanka. J. Epid. Com. Health. 1980 : 76 - 82.*
78. *Infant mortality, economics and army. Lancet 1982 : II : 193 - 194.*
80. *Davis, C., M. Freshbach, Rising infant mortality in the U.S.S.R. in the 1970's. Washington D. C.: U. S. Department of Commerce, Bureau of the Census, 1980.*

81. *Directive Counseling, Lancet 1982 : II.*
82. *Council report, JAMA 1982 : 248 : 221 - 233.*
83. *Choremis, C. and oth. Three inherited red cell abnormalities in a district of Greece, Lancet 1963 : I : 907 - 909.*
84. *Stamatoyannopoulos, G., F. Fessas, Thalassemia: glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency, sickling and malarial endemicity in Greece. A study of five areas, B. M. J., 1964 : 7 : 875-879.*
85. *Kattamis, C. and oth., B-thalassemia, G-G-P.D. deficiency and atypical cholinesterase in Cyprus. B.M.J. II : 470 - 471.*
86. *Kattamis, Chr., The child with thalassemia, Bull. of the Inter. Pediat. Ass., V. 4 : 6 : 19 - 29.*
87. *Kattamis, C., Screening for hemoglobinopathies (Thalasseмии and other abnormal hemoglobins). In neonatal screening for inborn errors of metabolism. Ed. by H. Bickel and oth. Springer Verlag. Berlin - Heidelberg, 1980.*
88. *Chang, J. C. and V. W. Kan, A sensitive new prenatal test for sickle cell anemia. N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 30 - 36.*
89. *Alter, B. P., Prenatal diagnosis of hemoglobinopathies : a status report. Lancet 1981 : 2 : 1152 - 1555.*
90. *Klein, B., Auditing the N. H. S., B. M. J. 1982 : 285 : 672 - 674.*
91. *Leading article. Enough is enough, B. M. J. 1982 : 285 : 669 - 670.*
92. *Καφάτος Α. και συνεργ., Παράγοντες κινδύνου χρόνιων νοσημάτων σε παιδιά ηλικίας 10 - 15 χρόνων της Αθήνας. Ιατρική, 1982 : 41 : 472 - 480.*
93. *Berggren, W. L. and oth., Reduction of mortality in rural care program. N. Engl. J. Med. 1981 : 304 : 1324 - 1330.*
94. *Somers, A. B., Moderating the rise in health care costs. N. Ebg. J. Med. 1982 : 307 : 944 - 947.*
95. *Clinical Epidemiology in the third world. Lancet 1982 : I : 1448.*
96. *Carter, C. V., Role of the clinical genetist, Lancet 1982 : II : 106.*
97. *Scheever, S. and R. W. Davis, Replacement chromosomal segments with advanced DNA sequences constructed in vitro. Proc. Nat. Ac. Sci. USA 1979 : 76 : 4951 - 4958.*
98. *Mullan, F., Sounding board. Community oriented primary care : An Agenda fo rthe '80s. N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 1076 - 1078.*
99. *Graham Curtis - Jenkins, The first five years of live. B. M. J. 1982 : 285 : 1175 - 1177.*

100. *Knox, E. G., Epidemiology in health care planning. A handbook sponsored by the IEA and WHO. Oxford University Press. 1979.*
 101. *Gunby, Ph., Vict. Sidel M. D., Builder of bridges. JAMA 1982 : 247 : 2875 - 2877.*
 102. *Anno, B. J., The role of organized medicine in convectional health care. JAMA 1982 : 247 : 2923 - 2925.*
 103. *Christodoulou, G. N. and oth., Primary peptic ulcer in childhood. Acta Psychiatr. Scandin. 1977 : 56 : 215 - 222.*
 104. *Med. News, Dialogue : A link to psychosomatic illness. JAMA 1982 : 2760 - 2768.*
 105. *Χριστοδούλου, Γ., Ἡ ψυχιατρικὴ ἐκπαίδευση τοῦ γενικοῦ γιατροῦ. Proceedings of III South - East European Neuropsychiatric conference. Thesaloniki 26 - 29/9/1979.*
 106. *Teitelbaum, M. I., Toward better intergation of medical and psychiatric care. JAMA 1982 : 248 - 977.*
 107. *Jellinek, P. S., Sounding board. Yet another look at medical cost inflation. N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 496 - 497.*
 108. *Defensive medicine : Who bears the cost? Lancet 1982 : I : 1449.*
 109. *Griner, P. F., R. J. Glaser, Misuse of laboratory tests and diagnostic procedures. N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 1326 - 1339.*
 110. *Ζολώτας, Ξ., Οικονομικὴ μεγέθυνση καὶ φθίνουσα κοινωνικὴ ἐνημεροία, Ἀθήραι 1982.*
 111. *The education of Henry Adams, 1918 Reprinted 1961 by Houghton Mifflin.*
 112. *Mooney, G. H., M. F. Drummond, Essential of health economics Part I. What is economics. B. M. J. 1982 : 285 : 949 - 950.*
 113. *Mooney, G. H., M. F. Drummond, Essential of health economics. Part II. Developing health care policies, B. M. J., 1982 : 285 : 1263 - 1264.*
 114. *Silk, A. D., American medical care. Is it worth it? N. Engl. J. Med. 1982 : 307 : 117.*
 115. *Hiatt, H. H., The physician and national security. N. Engl. J. Med. 1182 : 307 : 1142 - 1145.*
 116. *Notes and News, Education for better health. Lancet 1982 : II : 341.*
-