

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ
SPECIAL ARTICLE

Συγκριτική μελέτη κυριότερων αιτιών θανάτου και παραγόντων κινδύνου υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η χρήση των δεικτών υγείας υιοθετείται για την έρευνα του επιπέδου υγείας πληθυσμών, τον προσδιορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων και τη λήψη αποφάσεων στην υγειονομική πολιτική σε ένα πλαίσιο καταγραφής και επεξεργασίας δεδομένων υγείας τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο παρόν άρθρο γίνεται συγκριτική ανάλυση των κυριότερων αιτιών θανάτου και παραγόντων κινδύνου υγείας ανάμεσα στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρώπης με επεξεργασία δεικτών και στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης. Βασικές αιτίες θανάτου στην Ελλάδα και στην Ευρώπη είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού, τα κακοήθη νεοπλασμάτα και τα νοσήματα του αναπνευστικού, ενώ διαχρονικά ο δείκτης θνησιμότητας, από όλες τις αιτίες και ανά αιτία θνησιμότητας, παρουσιάζει φθίνουσα πορεία σε όλη την Ευρώπη. Οι παράγοντες κινδύνου διαφοροποιούνται σημαντικά ανάμεσα στις χώρες, με την Ελλάδα να κατέχει την πρώτη θέση σε κατανάλωση καπνικών προϊόντων και σε υπερβολικό βάρος/παχυσαρκία παιδιών, ενώ τη χαμηλότερη σε κατανάλωση οιοπνεύματος στους ενήλικες. Η αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων πολιτικών σε συνδυασμό με τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης μέσα σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο δημόσιων παρεμβάσεων, με στόχο τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, πρέπει να αποτελούν δράσεις υψηλής προτεραιότητας. Στο ίδιο πλαίσιο αντιμετώπισης εντάσσεται και ο περιορισμός κινδύνων υγείας, με στόχο την αλλαγή στα μοντέλα συμπεριφοράς που επικρατούν σήμερα και τους επηρεάζουν άμεσα.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών αποτελεί βασικό παράγοντα σε κάθε προσπάθεια σχεδιασμού και εφαρμογής πολιτικών οργάνωσης υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Ωστόσο, η καταγραφή και η αποτύπωση της υγείας αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία, σε συνδυασμό με την αναγκαιότητα πλέον ανάλυσης των συσχετίσεων, των συνθηκών και των παραγόντων που την επηρεάζουν.^{1,2}

Η αξιολόγηση της υγείας των πληθυσμών παγκοσμίως γίνεται μέσω της αποτίμησης των δεικτών υγείας. Οι δείκτες υγείας αποτελούν μεταβλητές μέτρησης διαφόρων διαστάσεων της υγείας, ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή ενός οργανισμού υγείας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι μεταβλητές είναι ποσοτικές και ποιοτικές με εφαρμογή στην υγεία ή σε συνθήκες που σχετίζονται με

αυτή και οι οποίες ποσοτικοποιούν άμεσα ή έμμεσα τις μεταβολές σε μια κατάσταση ώστε να μετρηθεί η πρόοδος που πραγματοποιήθηκε, καθώς και η επίτευξη στόχων οι οποίοι είχαν ήδη τεθεί.³ Η πλέον συνήθης κατηγοριοποίησή τους είναι σε θετικούς και σε αρνητικούς δείκτες. Οι θετικοί δείκτες διακρίνονται σε αντικειμενικούς (γεννητικότητα, γονιμότητα, προσδόκιμο ζωής) και σε υποκειμενικούς (ποιότητα ζωής, ευεξία). Οι αρνητικοί δείκτες εμφανίζουν τη συχνότητα νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων και σε αυτούς περιλαμβάνονται οι δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας κ.ά.⁴

Η καθοριστική συμβολή των δεικτών υγείας στη χάραξη στρατηγικών και πολιτικών σχεδιασμών σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο οδήγησε στην υιοθέτηση συστηματικής καταγραφής και επεξεργασίας τους από φορείς όπως η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη δημόσια υγεία, καθώς και οργανισμοί σε

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2019, 36(4):526-533
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2019, 36(4):526-533

Π. Μπογιατζίδης,^{1,2}
Κ. Στεφανίδου¹

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Σχολή Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Μαιευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Μακεδονίας, Κοζάνη

Main causes of death and health risk factors: Comparison between Greece and other European Union Countries

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δείκτες υγείας
Θνησιμότητα
Παράγοντες κινδύνου υγείας

Υποβλήθηκε 19.6.2018
Εγκρίθηκε 2.8.2018

διεθνές επίπεδο, όπως ο ΠΟΥ και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), με στόχο την παρακολούθηση του επιπέδου υγείας των μελών της, αλλά και άλλων ευρωπαϊκών χωρών, δημιούργησε και λειτουργεί τη βάση δεδομένων European Core Health Indicators (ECHI) από έναν πλήρη κατάλογο 88 βασικών δεικτών υγείας. Σε αυτή υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, με δυνατότητα σύγκρισης, για σχεδόν 60 δείκτες, οι οποίοι χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:⁵ (α) Δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση (π.χ. πληθυσμός, ποσοστό γεννήσεων, συνολική ανεργία), (β) κατάσταση υγείας (π.χ. βρεφική θνησιμότητα, HIV/AIDS, τραυματισμοί από τροχαία), (γ) καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία (π.χ. τακτικοί καπνιστές, κατανάλωση οινοπνεύματος, κατανάλωση/διαθεσιμότητα φρούτων), (δ) παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας: υγειονομικές υπηρεσίες (π.χ. εμβολιασμοί παιδιών, δαπάνες για την υγεία, αριθμός νοσοκομειακών κλινών) και (ε) προαγωγή της υγείας (π.χ. πολιτικές για την υγιεινή διατροφή).

2. ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τα τελευταία δημοσιευμένα συγκεντρωτικά στοιχεία της Eurostat, για τις στατιστικές αιτιών θανάτου έτους 2014 και όπως αυτά επεξεργάστηκαν για τις ανάγκες

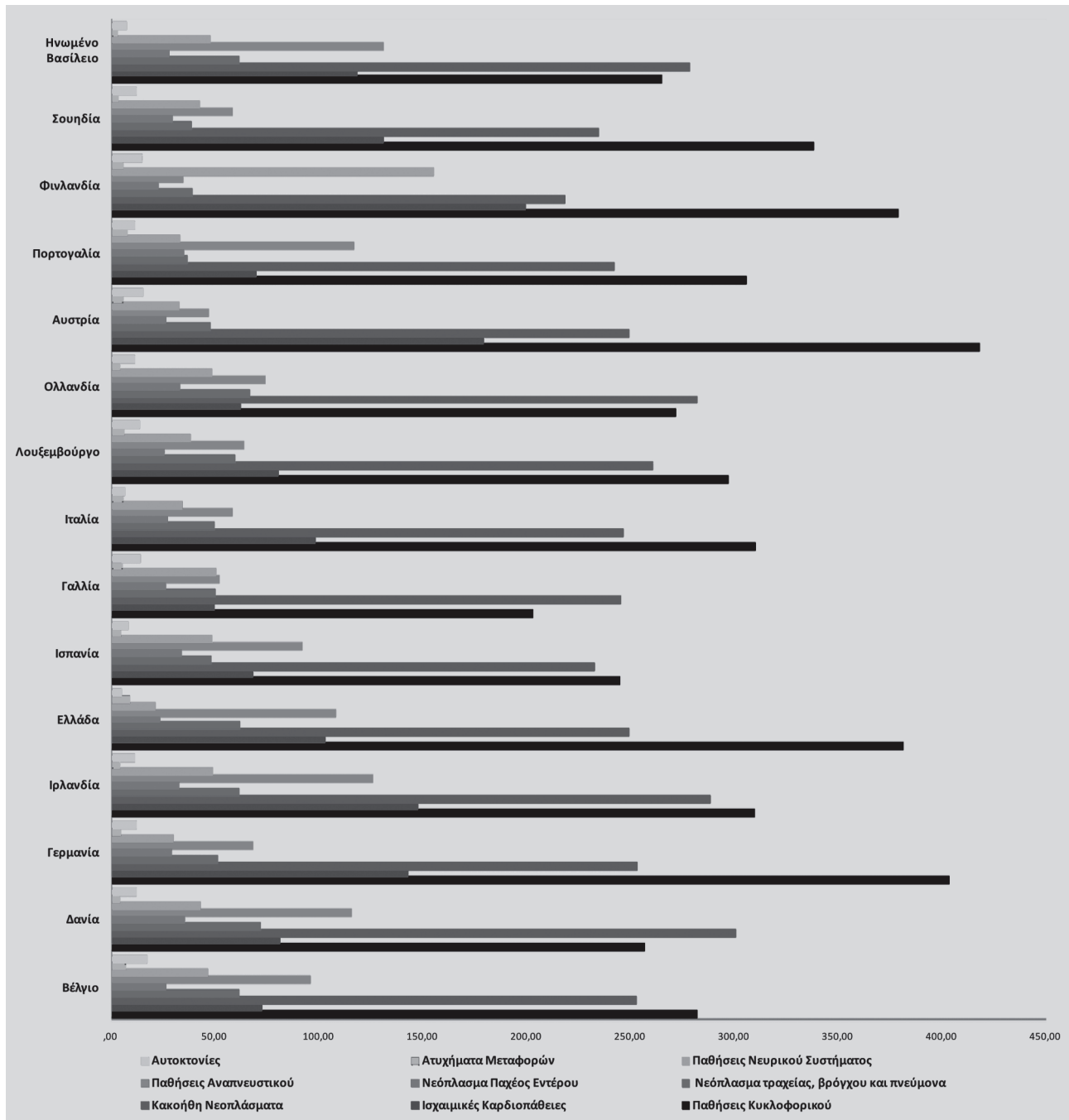
της ανάλυσης (πίν. 1 και εικ. 1), κυριότερες αιτίες θανάτου στις 15 χώρες μέλη της ΕΕ πριν από τη διεύρυνση του 2004 (ΕΕ-15) είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, οι κακοήθειες νεοπλασίες, καθώς και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος.⁶ Τα στοιχεία αφορούν στο τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (ΤΠΘ), που ορίζεται ως το ποσοστό θνησιμότητας ενός πληθυσμού, προσαρμοσμένο σε ηλικιακή κατανομή, το οποίο και υπολογίζεται ως ο σταθμισμένος μέσος όρος των επί μέρους ποσοστών θνησιμότητας καταμετρημένων ηλικιακά.

Με βάση αυτά τα στοιχεία, πρώτη αιτία θανάτου στις 11 από τις 15 χώρες είναι οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, με πιο συχνά αίτια τις ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τις εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις (εικ. 1). Τα υψηλότερα ΤΠΘ έχουν κατά σειρά η Αυστρία, η Γερμανία, η Ελλάδα και η Φινλανδία, ενώ τα χαμηλότερα η Γαλλία, η Ισπανία, η Δανία και το Βέλγιο. Ακολουθούν οι θάνατοι από τα κακοήθη νεοπλασμάτα, με υψηλότερα ποσοστά στη Δανία, στην Ιρλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο και με χαμηλότερα στη Φινλανδία, στην Ισπανία και στη Σουηδία. Αναφορικά με την τρίτη αιτία θνησιμότητας, που είναι τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, στις πρώτες θέσεις βρίσκεται το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία, ενώ στις τελευταίες η Φινλανδία, η Αυστρία και η Γαλλία.

Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία στην Ελλάδα, κυριότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις του κυκλοφορικού

Πίνακας 1. Τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) έτους 2014.

	Παθήσεις κυκλοφορικού	Ισχαιμικές καρδιοπάθειες	Κακοήθη νεοπλασμάτα	Νεόπλασμα τραχείας, βρόγχου και πνεύμονα	Νεόπλασμα παχέος εντέρου	Παθήσεις αναπνευστικού	Παθήσεις νευρικού συστήματος	Ατυχήματα μεταφορών	Αυτοκτονίες
Βέλγιο	281,89	72,35	252,61	61,55	26,06	95,72	46,49	6,70	17,28
Δανία	256,59	80,98	300,61	71,65	35,24	115,71	42,94	4,04	11,91
Γερμανία	403,54	142,81	253,23	50,95	28,98	67,95	29,60	4,61	11,94
Ιρλανδία	309,91	147,52	288,29	61,45	32,40	125,85	48,72	3,99	11,03
Ελλάδα	381,41	102,98	249,32	61,92	23,31	108,05	20,89	8,64	4,98
Ισπανία	244,99	68,21	232,70	47,82	33,58	91,66	48,45	4,32	8,17
Γαλλία	202,93	49,34	245,41	50,05	26,09	51,97	50,23	5,14	14,13
Ιταλία	310,14	98,29	246,55	49,35	26,95	58,33	34,26	5,63	6,32
Λουξεμβούργο	296,93	80,25	260,71	59,61	25,52	63,82	37,96	6,03	13,36
Ολλανδία	271,73	62,36	282,20	66,69	32,90	74,14	48,25	4,14	11,12
Αυστρία	418,07	179,13	249,28	47,50	26,37	46,63	32,58	5,77	15,26
Πορτογαλία	305,76	69,60	242,14	36,36	35,04	116,65	32,78	7,76	11,28
Φινλανδία	378,79	199,22	218,57	39,04	22,55	34,44	154,99	5,66	14,55
Σουηδία	338,32	131,18	234,75	38,65	29,20	58,07	42,59	3,39	12,12
Ηνωμένο Βασίλειο	264,94	118,36	278,43	61,44	27,73	130,86	47,56	2,78	7,08

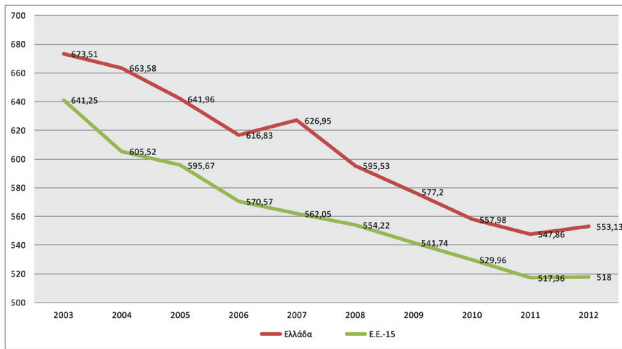


Εικόνα 1. Τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας ανά αιτία (ανά 100.000 κατοίκους) έτους 2014 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 (EE-15).

με ΤΠΘ 381 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, στη δεύτερη θέση τα κακοήθη νεοπλάσματα με 249 θανάτους και στην τρίτη θέση οι θάνατοι από παθήσεις του αναπνευστικού με 108 θανάτους.

Με επεξεργασία των διαθέσιμων δεδομένων της βάσης European Health for All database (HFA) του ΠΟΥ⁷ για τη δεκαετία 2003–2012 (έλλειψη ολοκληρωμένων στοιχείων της βάσης για τα έτη 2013–2016) διαπιστώνεται ότι στην

Ελλάδα η συνολική θνησιμότητα (ΤΠΘ για όλες τις ηλικίες και αιτίες/100.000 κατοίκους) (εικ. 2) παρουσιάζει διαχρονικά μεγαλύτερες τιμές από εκείνες του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ-15. Η ποσοστιαία μείωση του δείκτη είναι 18% μεταξύ 2012 και 2013, ενώ 19% για τον μέσο όρο. Η βάση δεδομένων HFA επιλέγει, εφόσον η ECHI παρέχει στοιχεία του μέσου όρου ΤΠΘ, μόνο για μετά το έτος 2010 για τις 15 χώρες.

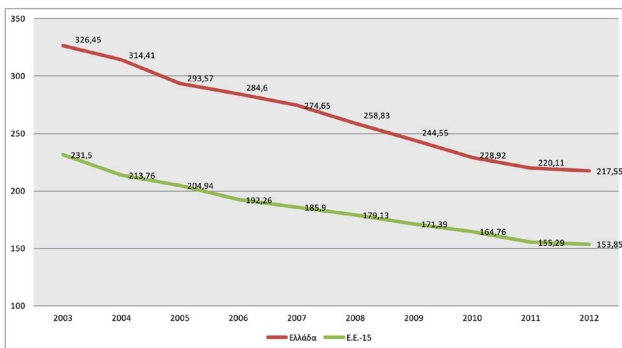


Εικόνα 2. Δεκαετής μεταβολή του τυποποιημένου δείκτη συνολικής θνησιμότητας.

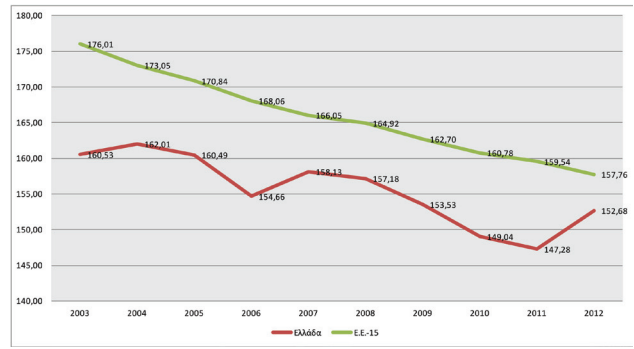
Όσον αφορά στις παθήσεις του κυκλοφορικού (εικ. 3), η ανάλυση των στοιχείων αναδεικνύει τη σημαντική ποσοστιαία μείωση του δείκτη θνησιμότητας μεταξύ των ετών 2003 και 2012 τόσο στην Ελλάδα (33%) όσο και στην ΕΕ-15, συνολικά (34%). Σύμφωνα με τα δεδομένα, διαχρονικά οι τιμές του δείκτη στη χώρα μας είναι μεγαλύτερες από εκείνες του μέσου της ΕΕ-15. Η μέση διαφορά στη δεκαετία υπολογίστηκε σε 44%.

Οι θάνατοι στην Ελλάδα από κακοήθειες νεοπλασίες (εικ. 4) παρουσίασαν σε όλη τη δεκαετία αναφοράς τιμές μικρότερες από εκείνες του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ-15, με υπολογιζόμενη μέση διαφορά 6,25%. Μεταξύ 2003 και 2012, ο δείκτης παρουσίασε ποσοστιαία μείωση 5% για την Ελλάδα και 10% για τον μέσο όρο των χωρών.

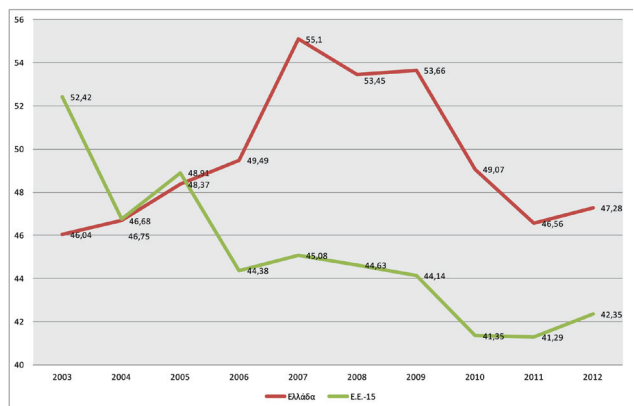
Τέλος, σχετικά με την τρίτη σημαντικότερη αιτία θανάτου, που είναι τα νοσήματα του αναπνευστικού (εικ. 5), διαπιστώνεται αύξηση του ΠΠΘ στη χώρα μας από το 2003 μέχρι και το 2007, με μέση αυξητική μεταβολή ανά έτος 4,4%, και σταδιακή μείωσή του, με μέση μείωση 2,3% από το 2008 έως το 2012. Ο μέσος δείκτης του συνόλου των χωρών της ΕΕ-15 παρουσιάζει διαχρονικά σημαντική μείωση, υπολογιζόμενη σε 19% από το 2003 έως το 2012.



Εικόνα 3. Δεκαετής μεταβολή του τυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας από παθήσεις κυκλοφορικού.



Εικόνα 4. Δεκαετής μεταβολή του τυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας από κακοήθειες νεοπλασίες.



Εικόνα 5. Δεκαετής μεταβολή τυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας από νοσήματα αναπνευστικού.

3. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και ο τρόπος ζωής έχουν αιτιολογική συσχέτιση με τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών. Παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, το οινόπνευμα, η ανθυγιεινή διατροφή και η έλλειψη άσκησης φυσικής δραστηριότητας, οι οποίοι και συνδέονται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και την παχυσαρκία, συμβάλλοντας σημαντικά σε παθήσεις του κυκλοφορικού και σε κακοήθη νεοπλασίες, που αποτελούν τις βασικές αιτίες θνησιμότητας στην Ευρώπη.⁸

Τα προϊόντα καπνού έχουν χαρακτηριστεί ως θανατηφόρα, και είναι αυτά τα οποία ευθύνονται για την απώλεια της ζωής περισσότερων των 7 εκατομμυρίων ανθρώπων κατ' έτος, κοστίζοντας στην παγκόσμια οικονομία πάνω από 1,4 δισεκατομμύρια \$ ετησίως σε δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και απώλεια παραγωγικότητας.⁹

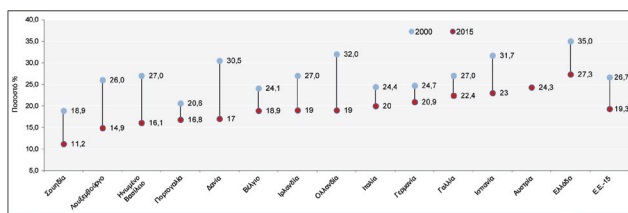
Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος της απώλειας σε έτη υγιούς ζωής, σε 15 χώρες του ΟΟΣΑ

και κατέχει τη δεύτερη θέση, ως κύρια αιτία, σε 16 χώρες του Οργανισμού.⁹ Αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου στις χώρες της Ευρώπης, τόσο για τα κακοήγη νεοπλάσματα όσο και για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρκίνου πνεύμονα, λάρυγγα και παγκρέατος, καθώς και τα ισχαιμικά επεισόδια, που αποτελούν την κυριότερη αιτία πρόωρου θανάτου.¹⁰

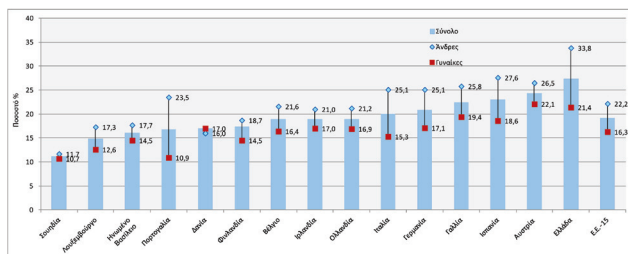
Σύμφωνα με τα τελευταία δημοσιευμένα στοιχεία του ΟΟΣΑ για δείκτες υγείας,⁹ όπως αυτά επεξεργάστηκαν για τις ανάγκες της μελέτης (εικ. 6), στις 15 χώρες της Ευρώπης, ανάμεσα στα έτη 2000 και 2015 το ποσοστό του μέσου όρου των ενηλίκων που κάπνιζαν καθημερινά μειώθηκε από 26,7% σε 19,3%. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία μεταβολή επήλθε στη Δανία, στην Ολλανδία και στο Λουξεμβούργο, ενώ η μικρότερη παρατηρήθηκε στη Γερμανία και στην Πορτογαλία. Η Ελλάδα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό (27,3%) σε ενήλικες που καπνίζουν καθημερινά και ακολουθούν η Αυστρία με 24,3% και η Ισπανία με 23%.

Επίσης, σύμφωνα με την επεξεργασία των στοιχείων ανά φύλο (εικ. 7) διαπιστώνεται σημαντική διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά ανδρών και γυναικών καπνιστών στην Πορτογαλία, στην Ελλάδα, στην Ιταλία και στην Ισπανία (ποσοστιαία διαφορά 12,6%, 12,4%, 9,8% και 9%, αντίστοιχα), σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες. Μόνο στη Δανία το ποσοστό των γυναικών είναι μεγαλύτερο από εκείνο των ανδρών, με μικρή διαφορά (1%).

Το 2012, περίπου 3,3 εκατομμύρια θάνατοι ή το 5,9% όλων των θανάτων παγκοσμίως οφείλονταν στην κατανάλω-



Εικόνα 6. Ποσοστά πληθυσμού ενηλίκων που καπνίζει καθημερινά, 2000 και 2015.



Εικόνα 7. Ποσοστό πληθυσμού ενηλίκων που καπνίζει καθημερινά ανά φύλο, το 2015.

ση οιοπνεύματος, με σημαντικές διαφορές ανά κατηγορία φύλου στη θνησιμότητα (7,6% των θανάτων μεταξύ των ανδρών και 4% μεταξύ των γυναικών). Επίσης, το 2012, 139 εκατομμύρια προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής (disability-adjusted life years, DALYs) ή 5,1% του παγκόσμιου φόρτου ασθενειών και τραυματισμών οφείλονταν στην κατανάλωση οιοπνεύματος.¹¹

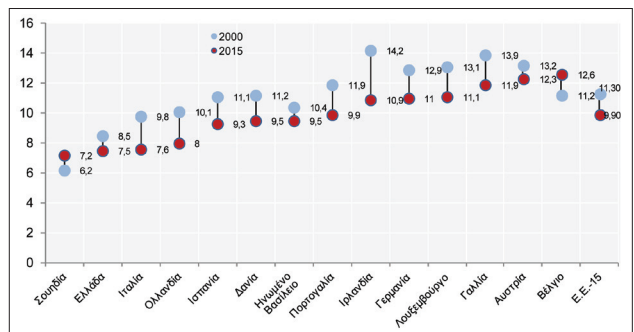
Η χρήση του οιοπνεύματος συγκαταλέγεται στους πρώτους δέκα κύριους παράγοντες κινδύνου ως προς τα χαμένα έτη ζωής (years of lost life, YLLs) σε 32 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, ενώ αναφορικά με την κατανάλωσή του τα ποσοστά είναι πολύ πάνω από τον παγκόσμιο μέσο όρο.^{12,13}

Μετά την επεξεργασία των τελευταίων δημοσιευμένων στοιχείων του ΟΟΣΑ⁹ διαπιστώνεται ότι στις 15 χώρες της Ευρώπης η μέση κατανάλωση οιοπνεύματος ενηλίκων σε L μειώθηκε από 11,4 L το 2000 σε 9,8 L το 2015 (ή πλησιέστερα έτη) (εικ. 8). Η Ιρλανδία και η Δανία παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση στο χρονικό διάστημα της μελέτης.

Το 2015, τη μεγαλύτερη κατανάλωση είχαν το Βέλγιο, η Αυστρία, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο και η Γερμανία, ενώ οι υπόλοιπες χώρες βρίσκονταν κάτω του μέσου όρου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα καταλάμβανε τη δεύτερη θέση, με τη μικρότερη κατά κεφαλή κατανάλωση (7,2 L), παρουσιάζοντας μείωση κατά 1 L στο χρονικό διάστημα αναφοράς.

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για πολλές ασθένειες. Οι κίνδυνοι από τη στεφανιαία νόσο, τα ισχαιμικά και τα εγκεφαλικά επεισόδια, τον διαβήτη τύπου 2, καθώς από καρκίνο του μαστού, του προστάτη και άλλων οργάνων αυξάνονται όσο αυξάνεται η μάζα του σώματος.¹¹ Συνολικά, το 44% του φορτίου του διαβήτη, το 23% της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και το 7–41% από διάφορες νεοπλασίες οφείλεται στο υπερβολικό σωματικό βάρος και την παχυσαρκία.

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) είναι ένας απλός δεί-



Εικόνα 8. Κατανάλωση οιοπνεύματος (σε L) σε ενήλικες ανά έτος, 2000 και 2015.

κτης, που χρησιμοποιείται συνήθως για την ταξινόμηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας σε ενήλικες. Ορίζεται ως σωματικό βάρος ενός ατόμου σε kg διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους του σε m.¹⁴

Η παχυσαρκία ή το υπερβολικό βάρος στην παιδική ηλικία σχετίζεται άμεσα με την παχυσαρκία στην ενηλικίωση. Σε ένα παχύσαρκο παιδί, όσο αυξάνει η ηλικία του και το υπέρβαρό του, τόσο ενισχύεται η πιθανότητα για παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή του.¹⁵

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα της έκθεσης του ΟΟΣΑ,¹⁶ όπως αυτά επεξεργάστηκαν για τις ανάγκες της μελέτης (πίν. 2), το 23% των αγοριών και το 23% των κοριτσιών στην ΕΕ-15 είναι υπέρβαρα. Την υψηλότερη θέση κατέχει η Ελλάδα, σε ποσοστό 44% στα αγόρια και 38% στα κορίτσια. Ακολουθούν οι χώρες του νότου (Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία). Επίσης, πάνω από τον συνολικό μέσο όρο (22%) βρίσκονται η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Γαλλία εμφανίζει τα μικρότερα ποσοστά υπερβολικού βάρους, καθώς και ότι σε όλες τις χώρες (εκτός της Δανίας) τα αγόρια είναι πιο υπέρβαρα από τα κορίτσια.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επεξεργασία των διαθέσιμων δεδομένων για τους δείκτες υγείας ανέδειξε ότι οι βασικές αιτίες θανάτου, για

Πίνακας 2. Υπέρβαρο (περιλαμβανομένης της παχυσαρκίας) μεταξύ παιδιών σε διάφορες ηλικίες το 2010 (ή πλησιέστερα έτη).

	Έτος	Ηλικία	Αγόρια	Κορίτσια
Ελλάδα	2010	10–12	44	38
Ιταλία	2007–2008	8–9	36	34
Πορτογαλία	2007–2008	7	27	29
Ισπανία	2010	10–12	26	24
Φινλανδία	2006	12	24	19
Λουξεμβούργο	2004	18	23	22
Ηνωμένο Βασίλειο	2009	5–17	22	26
Ιρλανδία	2007–2008	7	21	23
Γερμανία	2003–2006	5–17	20	20
Αυστρία	2003	8–12	18	18
Ολλανδία	2010	10–12	17	15
Βέλγιο	2010	10–12	17	14
Δανία	2007–2008	5–8 και 14–16	16	20
Σουηδία	2007–2008	7–8	16	18
Γαλλία	2006	6–15	15	15
ΕΕ-15			23	22

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

την Ελλάδα και την Ευρώπη των 15, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού, τα κακοήγη νεοπλασμάτα και τα νοσήματα του αναπνευστικού. Η διαχρονική μελέτη του δείκτη θνησιμότητας, από όλες τις αιτίες και ανά αιτία θνησιμότητας, παρουσιάζει φθίνουσα πορεία, με μικρές αποκλίσεις ανάμεσα στη χώρα μας και στα υπόλοιπα κράτη μέλη. Η ανάλυση όμως των παραγόντων κινδύνου ανά χώρα εμφανίζει σημαντικές διαφορές, με την Ελλάδα να κατέχει την πρώτη θέση σε κατανάλωση καπνικών προϊόντων και σε υπερβολικό βάρος-παχυσαρκία.

Στο έτος 2015, το κάπνισμα ήταν ο δεύτερος παράγοντας κινδύνου υπεύθυνος για πρόωρους θανάτους και αναπηρίες σε παγκόσμιο επίπεδο. Για το ίδιο έτος, το 11,5% των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο (6,4 εκατομμύρια) αποδόθηκαν στο κάπνισμα. Από το 1990 έως και σήμερα θεωρείται υπεύθυνο για περισσότερα από 5 εκατομμύρια θανάτους τον χρόνο, ενώ η συμβολή του στη συνολική επιβάρυνση του φορτίου των ασθενειών βαίνει αυξανόμενο, κυρίως σε χώρες με χαμηλότερο εισόδημα.¹⁷

Μέσα από τις μεταλλάξεις του DNA, οι οποίες απαντώνται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές, το κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο στις ανεπτυγμένες χώρες.¹⁸ Συνολικά, για το έτος 2015, το 41,2% των καρδιαγγειακών παθήσεων, το 27,67% των καρκίνων και το 20,5% των χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων ήταν οι τρεις προεξάρχουσες αιτίες για τα αποδιδόμενα στο κάπνισμα DALYs. Από όλους τους παράγοντες κινδύνου, το κάπνισμα ήταν ο κύριος παράγοντας για τους καρκίνους και τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, αλλά μόνο ο ένατος για τις καρδιαγγειακές παθήσεις.¹³

Σ' ό,τι αφορά στην παχυσαρκία, επιστημονικές έρευνες για την επίδραση στην υγεία του αυξημένου ΔΜΣ έδειξαν ότι το υπερβολικό βάρος ενοχοποιείται για 4 εκατομμύρια θανάτους και 120 εκατομμύρια DALYs για το 2015 σε παγκόσμιο επίπεδο. Το 70% περίπου των θανάτων αυτών οφείλεται σε καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ ποσοστό >60% αυτών των θανάτων συνέβη σε παχύσαρκα άτομα.¹⁹

Ανάλογες επιστημονικές έρευνες παρουσίασαν επαρκείς ενδείξεις ότι ο αυξημένος ΔΜΣ θεωρείται υπεύθυνος για μορφές καρκίνου του οισοφάγου, του λεπτού και του παχέος εντέρου, του ήπατος, της χοληδόχου κύστης, του παγκρέατος, της μήτρας, των ωοθηκών, των νεφρών και του θυρεοειδούς.²⁰

Στην προσπάθεια ελέγχου των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (non-communicable diseases, NCDs), τα οποία ευθύνονται για 15 εκατομμύρια θανάτους κατ' έτος παγκόσμια στις ηλικίες των 30–70 ετών, στην 70ή Παγκόσμια

Συνέλευση για την Υγεία οι συμμετέχοντες δεσμεύτηκαν να μειώσουν το ποσοστό των πρόωρων θανάτων που οφείλονται σε αυτά κατά το ένα τρίτο έως το 2030. Για την παρακολούθηση του εν λόγω στόχου, ο ΠΟΥ καθόρισε 10 εθνικούς δείκτες προόδου, οι οποίοι και χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία μιας αναφοράς προόδου τον Νοέμβριο του 2017 προς τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών ώστε αυτή να αξιολογηθεί τον Ιανουάριο του 2018.^{21,22}

Η εικόνα της Ελλάδας αναφορικά με το κάπνισμα και την παχυσαρκία, όπως καταγράφεται μέσα από τους δείκτες προόδου του ΠΟΥ, αποτυπώνουν τα υπάρχοντα κενά στην αντιμετώπιση των σχετικών παραγόντων κινδύνου και αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαμόρφωση των πολιτικών εκείνων που θα συμβάλλουν στον στόχο αυτόν.

Έτσι, αν και στην Ελλάδα υπάρχει το αντικαπνισματικό θεσμικό πλαίσιο από το 2008, το οποίο εμπλουτίζεται και εκσυγχρονίζεται συνεχώς, με το πλέον πρόσφατο παράδειγμα την ενσωμάτωση της Οδηγίας 2014/40/ΕΕ,²³ μέσω του νόμου 4419/2016, αλλά και της κύρωσης της Σύμβασης Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού²⁴ (Framework Convention on Tobacco Control) του ΠΟΥ και ενώ οι τιμές των καπνικών προϊόντων βαίνουν συνεχώς αυξανόμενες, τα αποτελέσματα των εφαρμοζόμενων πολιτικών δεν φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τον συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου. Το κενό με βάση την αναφορά προόδου του ΠΟΥ εμφανίζεται στη μέχρι τώρα μερική εφαρμογή της απαγόρευσης στη διαφήμιση, στην προώθηση και στη δυνατότητα για χορηγίες των καπνικών προϊόντων, αλλά και στην παντελή έλλειψη εκστρατειών κοινωνικής ευαισθητοποίησης στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.²²

Κατά συνέπεια, ο επανασχεδιασμός των εφαρμοζόμενων πολιτικών οφείλει να κινηθεί προς αυτή την κατεύθυνση

συμπληρώνοντας τους τομείς στους οποίους η χώρα υπολείπεται.

Σ' ό,τι αφορά στο υπερβολικό βάρος-παχυσαρκία, οι επιπτώσεις της κατανάλωσης θερμιδογόνων φθηνών τροφίμων –λόγω της πολυετούς και συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης– στην αύξηση του σωματικού βάρους του γενικού πληθυσμού χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.²⁵ Στην κατηγορία παιδιών και εφήβων, η πλήρης επικράτηση των ηλεκτρονικών μέσων στην καθημερινότητα (ηλεκτρονικός υπολογιστής, διαδίκτυο, κινητή τηλεφωνία κ.λπ.) σε συνδυασμό με τη μη συστηματική εφαρμογή διατροφικής αγωγής στα σχολεία²⁶ φαίνεται να ενισχύουν τον συγκεκριμένο παράγοντα και απαιτούν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενεργητικών πολιτικών. Στην κατεύθυνση αυτή κινείται και η εικόνα της χώρας, όπως προκύπτει από την αναφορά ελέγχου του ΠΟΥ, με παντελή έλλειψη περιοριστικών μέτρων στο marketing της ανθυγιεινής δίαιτας για τα παιδιά και μερική έλλειψη στο marketing για τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος.

Οι εν λόγω ελλείψεις σε συνδυασμό με την απουσία προγραμμάτων δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης του πληθυσμού για τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας, η οποία επίσης επισημαίνεται στην αναφορά του ΠΟΥ,²² δείχνουν τον δρόμο για τον σχεδιασμό μελλοντικών παρεμβάσεων.

Τα αποτελέσματα της εργασίας τονίζουν την αναγκαιότητα υιοθέτησης μηχανισμών πρόληψης μέσα από ένα καλά οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών υγείας, που στοχεύει στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, στον περιορισμό κινδύνων υγείας από υιοθετούμενες συμπεριφορές, καθώς και στην εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων και δημόσιων παρεμβάσεων.

ABSTRACT

Main causes of death and health risk factors: Comparison between Greece and other European Union Countries

P. MPOGIATZIDIS,^{1,2} K. STEFANIDOU¹

¹Department of Health Care Management, School of Social Science, Hellenic Open University, Patra, ²Department of Midwifery, School of Health and Welfare, Technical Educational Institute of Western Macedonia, Kozani, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2019, 36(4):526–533

Health indicators are used for general population health research and for determining health priorities and decision-making in health policy. Reliable health indicators depend on effective recording and processing of health data on both a national and a global level. In this article a comparative analysis of the main causes of death and health risk factors between Greece and the other European countries is presented, based on the health indicators and data in the databases of World Health Organization (WHO), European Commission (EC) and the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). The major causes of death, both in Greece and Europe are circulatory diseases, malignant neoplasms and respiratory diseases. Over time, the mortality rate, across all causes and per mortal-

ity cause, is declining throughout Europe. Risk factors vary widely between countries; Greece is ranked first in consumption of tobacco products and child overweight-obesity, and last in adult alcohol consumption. The evaluation of relevant policies, in combination with the design and implementation of prevention programs in the context of an integrated framework of public interventions, should receive high priority. In this context, the reduction of health risks should be addressed, targeting change in the current behavioral patterns which constitute health hazards.

Key words: Health indicators, Health risk factors, Mortality

Βιβλιογραφία

- KINDIG D, STODDART G. What is population health? *Am J Public Health* 2003, 93:380–383
- OELKE ND, VAN VLIET-BROWN C, SUTER E, DA SILVA LIMA MAD, JANKE R, STIPHOUT M ET AL. Results of a knowledge synthesis identifying indicator domains and measures of health system integration. *Int J Integr Care* 2016, 16:A283, 1–8
- VON SCHIRNDING V. Health in sustainable development planning: The role of indicators. WHO, Geneva, 2002
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007
- EUROPEAN COMMISSION. European core health indicators (ECHI). Available at: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_en (accessed on 18.6.2018)
- EUROSTAT STATISTIC EXPLAINED. Στατιστικές αιτιών θανάτου. Eurostat, 2017. Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/el
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Health Information Gateway: Health for all explorer. Available at: <http://data.euro.who.int/hfad/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Greece: Profile of health and well-being. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media centre: Tobacco. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2017: OECD indicators. OECD Publishing, Paris, 2017
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO Press, Geneva, 2009
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health. WHO Press, Geneva, 2014
- GBD 2015 RISK FACTORS COLLABORATORS. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016, 388:1659–1724
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Media centre: Obesity and overweight. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- MATZIOY Β, ΤΣΟΥΜΑΚΑΣ Κ, ΠΕΤΣΙΟΣ Κ, MATZIOY Θ. Μελέτη των διατροφικών συνθηκών παιδιών προσχολικής ηλικίας, καθώς και των γνώσεων και των στάσεων των γονέων τους. *Νοσηλευτική* 2012, 51:317–326
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing, Paris, 2013
- GBD 2015 TOBACCO COLLABORATORS. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017, 389:1885–1906
- PFEIFER GP, DENISSENKO MF, OLIVIER M, TRETAKOVA N, HECHT SS, HAINAUT P. Tobacco smoke carcinogens, DNA damage and p53 mutations in smoking-associated cancers. *Oncogene* 2002, 21:7435–7451
- BOVET P, CHIOLERO A, GEDEON J. Health effects of overweight and obesity in 195 countries. *N Engl J Med* 2017, 377:1495–1496
- LAUBY-SECRETAN B, SCOCCIANTI C, LOOMIS D, GROSSEY, BIANCHINI F, STRAIF K ET AL. Body fatness and cancer – viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* 2016, 375:794–798
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. Available at: <http://www.who.int/sdg/targets/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Available at: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>
- ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ. Οδηγία 2014/40/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 3ης Απριλίου 2014 για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την κατασκευή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων και την κατάργηση της οδηγίας 2001/37/ΕΚ. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_el.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, Geneva, 2015. Available at: http://www.who.int/fctc/text_download/en/
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Obesity update. OECD, 2014. Available at: <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>
- FRAGKOU D, GALANIS P, PANTELIDIS P. Prevalence and determinants of overweight/obesity in adolescents: A cross-sectional study in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2016, 9:827–837

Corresponding author:

P. Mpogiatzidis, 36 Aghiou Dimitriou street, 582 00 Edessa, Greece
e-mail: bogiatzidis@yahoo.com