

شرق روزنامه علم

ملاحظات رفتاری و اخلاقی قابل تامل در باب سرطان	صفحه ۱۰
آیا سرطان «سونامی» دارد؟	صفحه ۱۱
ایده‌های کوچک، کتابخانه‌های بزرگ	صفحه ۱۲

زاویه دید	
امنیت غذایی و وظیفه شوریاعالی سلامت چه زود، دیر می شود	
حمید خواجه‌پور کار شناسن و تحلیلگر حوزه سلامت	

خیلی خوب است که انگیزه عموم مردم برای مقابله با بیماری‌های غیرواگیرداری مانند سرطان روزبه‌روز بالاتر می‌رود و علاوه بر عطش دریافت اطلاعات و فراگیری روش‌های پیشگیری از ابتلا به این بیماری و آشنایی با راه‌های تشخیص به‌موقع آن، به مرور، پیگیری و جواب‌خواهی از مسوولان محترم نیز در ارتباط با وظایفشان به یک روال مرسوم برای رسانه‌ها تبدیل می‌شود.
تجمع این موارد در کنار یکدیگر، باعث ایجاد یک هم‌افزایی کارا در راستای نیل به هدف نهایی می‌شود که همان کاهش صدمات بسیار گسترده و متعدد مادی و معنوی حاصل از بالا رفتن آمار ابتلا به اینگونه از بیماری‌ها بر بدنه سلامت جامعه است.
با توجه به مطالعات صورت‌گرفته، می‌دانیم که بیش از یک‌سوم سرطان‌ها قابل پیشگیری هستند و می‌توان با استفاده از برنامه‌های جامع و صرف هزینه‌ای به‌مراتب کمتر از هزینه‌های درمان، درصد ابتلا را نزولی کرد؛ درست همانند کاری که کشورهای توسعه‌یافته انجام دادند. اما آنچه در حال حاضر قسمت اعظم نیروی مسوولان مربوطه را متوجه خود کرده است، بخش درمانی است و متأسفانه با توجه به افزایش تعداد مبتلایان به سرطان در کشور، موضوع مهم پیشگیری تقریباً به دست فراموشی سپرده شده است.
وقتی «شوریاعالی سلامت و امنیت غذایی» که طبق قانون، بالاترین مرجع سیاستگذاری و تصمیم‌گیری در خصوص سلامت و امنیت غذایی کشور است، به جای برگزاری حداقل چهارجلسه در سال، بعد از سه‌سال (!) تشکیل جلسه افسارگسیخته خود را از سر می‌گیرند، به جای آنکه شامل بررسی سیر پیشرفت تصمیمات قبلی و ارایه پیشنهادات جدید باشد، تکرار مجموعه‌ای از دانسته‌ها باشد، بدیهی است وقتی هم که مصرف یک هورمون عجیب‌وغریب، جهت سریع‌تر رسیدن گوجه‌فرنگی در کشور باب می‌شود، هرسازمان مسوولی، پیگیری آن را وظیفه سازمانی دیگر بداند یا استفاده از خمیرمرغ در مواد غذایی توسط سازمان‌های مختلف یک روزدرمیان مجاز و غیرمجاز اعلام شود؛ا طبق تحقیقاتی تعدادی از استادان برجسته انجام دادند و نتایج آن در نشریه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی نیز به چاپ رسیده است، «عملکرد این شورا با آنچه که مدنظر قانون بوده فاصله بسیار دارد و اغلب اعضای خود شورا اثر اثربخشی آن را کم یا خیلی‌کم عنوان کرده‌اند.» (مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، پاییز۱۳۹۲، دوره۱۱، شماره۵سوم، صفحات۱۶ الی ۱۶)

خوب است به‌عنوان نمونه، مورد تغذیه‌ای دیگری را که سلامت خیل عظمی از نیروی کار کشور را تهدید می‌کند و اصلاح آن فقط از طریق این شورا میسر است، بررسی کنیم.
چندی پیش، میهمان یکی از اقوام نزدیک بومیه که به‌تازگی بازنشسته شده است، در برخورد اول ایشان را به‌دلیل تغییرات جسمانی زیاد به‌جا نیاوردم چرا که آن فردی چاق و ورم‌کرده با چشمانی زرد و پلک‌هایی فروافتاده که صدای نمدی سنگینش مشخصه اصلی حضور وی در میان جمع بود، به مردی چابک با اندامی مناسب که هرلحظه در تکاپو و جنب‌وجوش است، تبدیل شده بود؛ در ضمن صحبت‌ها کاشف به عمل آمد که بعد از بازنشستگی، شاهد فوت چندنفر از همدوره‌ای‌ها و همکاران خود بوده که هیچ‌کدام موفق به دیدن دهه‌شمش زندگی خود نشدند.
همگی هم به اثر سکنه قبلی و مغزی یا سرطان، دار فانی را وداع گفته بودند. پس با توجه به نگاه نگران دختر و همسرش، کمی به خود آمده و با مراجعه به پزشک دریافت‌ه بود همزمان به کید چرب، قند بالا و چندین‌وچند مشکل دیگر مبتلاست. خودش می‌گفت بیش از ۳۰سال تمام، دودوده غذایی اصلی خود، یعنی صبحانه و ناهار را همراه با سایر همکارانش در رستوران اداره صرف کرده و یادش هم نمی‌آید که روزی برنج و نان لواش نخورده یکسان!
همه‌ی برخی که به میزان روغن آن می‌نازیده‌اند و نان نخورده‌ای که به سفیدی برنج بوده است؛ خورشت‌های رنگارنگ با یک بند انگشت روغن روی آن و کباب‌کوبیده سوگلی هم که جای خود را داشته‌اند. تنها فرقی هم که منوی غذایی آنها در این سال‌ها به خود دیده، اضافه‌شدن نوشابه و دوغ در سال‌های آخر خدشتم بوده است.
خورشتخانه به‌نظر می‌رسید با اقدام به‌موقع و راهنمایی پزشک معالج، قبل از اینکه که دیگر خیلی دیر شود، توانسته از طریق ورزش و اصلاح وضع تغذیه، بسیاری از مسایل جسمی خود را برطرف کند. اما متأسفانه رگ‌های گرفته قلبش نیازمند جراحی بودند و چشم راستش نیز به دلیل قند بالا بینایی خود را از دست داده بود.

شاید تمام مصایب برشمرده‌شده فوق برای وی یا همکارانش مربوط به تغذیه نامناسب هنگام کار نباشد، اما مطمئناً قسمت عمده‌ای از آن به همین دلیل است؛ با توجه به آمار شغلاتانی خارج از منزل غذای خود را صرف می‌کنند (به‌خصوص آنها که در ادارات و کارخانه‌های دولتی مشغول به کار هستند)، با حجم انبوهی از نان‌های سفید بدون‌سوس که بر آن‌ه‌داغ یخته می‌شوند و کیلوکیلو روغن‌که از قاشق کارمندان می‌چکد، مواجه هستیم.
مبارزه با عدم‌پاشخ‌دهی است و ستن قابل‌اث‌د خویش را در بستر بیماری ببینند؛ واضح است اصلاح این روند زیانبار تنها با وجود قانونی جامع و فراسازمانی همراه با ضمانات اجرایی قوی امکانپذیر است که آن‌هم فقط‌و‌فقط توسط همین شورای محترم قابل تصویب و ابلاغ است. (طبق قانون، کلیه مصوبات این شورا برای ادارات و سازمان‌های موجود لازم‌الاجراست).

شرق روزنامه علم

ملاحظات رفتاری و اخلاقی قابل تامل در باب سرطان	صفحه ۱۰
آیا سرطان «سونامی» دارد؟	صفحه ۱۱
ایده‌های کوچک، کتابخانه‌های بزرگ	صفحه ۱۲

رو به فردا	
داروهای نسل جدید امید تازه برای مهار سرطان	
رضا اسداللهی*	

در طول دوده گذشته، درمان دارویی سرطان‌ها روندی تکاملی را از به‌کارگیری داروهای تقریباً غیراختصاصی شیمی‌درمانی به داروهای انتخابی که سلول‌های سرطانی را به‌طور خاص مورد هدف قرار می‌دهند، دنبال کرده که با موفقیت‌های قابل‌توجهی نیز همراه بوده است. نحوه عمل داروهای شیمی‌درمانی به‌عنوان جزو اصلی در درمان بسیاری از سرطان‌ها، تأثیر بر تقسیم سلول‌های سریع تکثیرشونده سرطانی و نابودی آنهاست که البته در کنار اثرات درمانی، می‌تواند به آسیب همزمان سلول‌های طبیعی

در حال تقسیم و در نتیجه عوارض جانبی متعدد نیز منجر شود. علاوه‌بر این، در بسیاری موارد، سلول‌های سرطانی با گذر زمان نسبت به این داروها مقاوم می‌شوند و گسترش افسارگسیخته خود را از سر می‌گیرند. در سال‌های اخیر و به‌ویژه به‌دنبال افزایش موارد ابتلا به سرطان در جهان، پژوهش‌های گسترده‌ای درخصوص انواع مختلف تغییرات ملکولی و سلولی در سرطان‌ها صورت گرفته که خوشبختانه به طرح ایده‌هایی جدید برای مهار بهتر آنها ازجمله ساخت داروهای هدفمند و ایمنی درمانی سرطان منجر شده است. در ساخت داروهای هدفمند که هم‌اکنون نمونه‌های متعددی از آنها جهت درمان برخی از سرطان‌های خون، پستان یا پوست وارد بازار شده‌اند، تمرکز بر مهار پروتئین‌های تغییریافته خاص در سلول‌های سرطانی است که برای رشد و گسترش آنها حیاتی هستند. به این‌ترتیب، این داروها فقط علیه سلول‌های سرطانی موثر خواهند بود و معمولاً به سلول‌های طبیعی آسیبی نمی‌رسانند که این به معنای ایجاد عوارض جانبی کمتر در بیماران است. البته، باید به این نکته مهم اشاره کرد که پیش از به‌کارگیری هر یک از این داروها لازم است از وجود پروتئین تغییریافته مورد هدف دارو، با ارزیابی ژنتیکی یا آسیب‌شناسی سلول‌های سرطانی بیمار، اطمینان حاصل کرد چراکه سرطان‌های به‌ظاهر یکسان می‌توانند در سطح مولکولی دارای تفاوت‌هایی مهم باشند. در روش ایمنی‌درمانی سرطان که در سال ۲۰۱۳ به‌عنوان مهم‌ترین پیشرفت علمی سال از طرف مجله «ساینس» انتخاب شد، هدف، استفاده از سیستم ایمنی بدن برای نابودی سلول‌های سرطانی است. در این روش می‌توان به‌عنوان نمونه گروه خاصی از گلبول‌های سفید بیمار را علیه سلول‌های سرطانی تحریک و به این‌ترتیب سیستم ایمنی را در برنامه‌ایم افراد با علائم مشکوک و ارجاع به‌هنگام آنها به سطوح بالاتر است، اما چرا چنین خدمتی تاکنون در کشور رونق نشده است؟ علت این است که شبکه بهداشتی-درمانی ما متناسب با تغییر چهره بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر طی سده‌ده گذشته، نه در سطح برنامه‌ریزی و نه اجرا خود را آماده کرده است.

همچنین برای ارایه این خدمات هم از نظر نیروی انسانی و هم فضای فیزیکی و تجهیزات، کمبودهایی داریم. اما طی چندماه اخیر با بهره‌گیری از نظر خبرگان، برنامه تشخیص زودهنگام سه‌سرطان نامبرده و نظام ارجاع آنها را آماده کرده‌ایم و امیدواریم با اجرای این برنامه‌ها، مرحله تشخیص بیماری کاهش و پیش‌آگهی سرطان بهبود یابد. برای غربالگری نیز تمهیداتی اندیشیده‌ایم که انجام این برنامه‌ها عملی شود. به‌عنوان مثال در سرطان پستان، غربالگری را به بیماران پرخطر محدود می‌کنیم، در مورد سرطان روده بزرگ، از روش ساده‌و و عملی‌تر تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک بهره می‌بریم و در مورد سرطان دهانه رحم، با افزایش فواصل تست پاپ‌اسمیر، اثربخشی برنامه‌ها را بیشتر می‌کنیم.

✎ گفته می‌شود شناسایی بیماران مبتلا به سرطان در کشورمان، یکی از دغدغه‌های اصلی وزارت بهداشت است زیرا مبتلایان به سرطان، زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که بیماری مزمن شده و روند درمان با مشکل مواجه می‌شود. انجام «چک‌آپ» سالانه تا چه اندازه می‌تواند تضمینی برای تشخیص به‌موقع و کنترل این بیماری باشد؟ جایگاه غربالگری در تشخیص زودهنگام و پیشگیری از سرطان‌ها کجاست؟

شاید مهم‌ترین اقدام برای بهبود بقای بیماران، شناسایی بیماران علامت‌دار در مراحل اولیه است. برای اقدام تشخیص زودهنگام گفته می‌شود و با غربالگری (که انجام اقداماتی برای تشخیص بیماری در افراد بی‌علامت است)، تفاوت دارد. هر وقت صحبت از این می‌شود که چرا بسیاری از بیماران ما در مراحل بالا شناسایی می‌شوند، صحبت از غربالگری می‌شود، درحالی‌که اصولاً تنها برای سه‌سرطان پستان، روده بزرگ و دهانه رحم روش غربالگری وجود دارد و در عین حال، نه‌تنها هزینه اثربخشی بلکه اثربخشی اقدامات غربالگری در جمعیت با خطر متوسط برای این سرطان‌ها نیز مورد تردید است. اما مهم‌تر از غربالگری، تشخیص زودهنگام افراد با علائم مشکوک و ارجاع به‌هنگام آنها به سطوح بالاتر است، اما چرا چنین خدمتی تاکنون در کشور رونق نشده است؟ علت این است که شبکه بهداشتی-درمانی ما متناسب با تغییر چهره بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر طی سده‌ده گذشته، نه در سطح برنامه‌ریزی و نه اجرا خود را آماده کرده است.

همچنین برای ارایه این خدمات هم از نظر نیروی انسانی و هم فضای فیزیکی و تجهیزات، کمبودهایی داریم. اما طی چندماه اخیر با بهره‌گیری از نظر خبرگان، برنامه تشخیص زودهنگام سه‌سرطان نامبرده و نظام ارجاع آنها را آماده کرده‌ایم و امیدواریم با اجرای این برنامه‌ها، مرحله تشخیص بیماری کاهش و پیش‌آگهی سرطان بهبود یابد. برای غربالگری نیز تمهیداتی اندیشیده‌ایم که انجام این برنامه‌ها عملی شود. به‌عنوان مثال در سرطان پستان، غربالگری را به بیماران پرخطر محدود می‌کنیم، در مورد سرطان روده بزرگ، از روش ساده‌و و عملی‌تر تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک بهره می‌بریم و در مورد سرطان دهانه رحم، با افزایش فواصل تست پاپ‌اسمیر، اثربخشی برنامه‌ها را بیشتر می‌کنیم.

✎ متخصص ژنتیک دانشگاه زوربخ



عکس: عارف طاهرکار

رییس اداره سرطان وزارت بهداشت در گفت‌وگو با «شرق» تاکید کرد مشارکت سه ضلعی برای مهار «سرطان»

✎ آیا سیاستگذار خارج حوزه سلامت در زمینه کنترل عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی نقشی ندارد؟

در پاسخ به این سوال باید بگویم که نه‌تنها نقش دارد، بلکه نقشش هم بسیار مهم است. به‌عنوان مثال اگر ما مردم را به ترک سیگار توصیه کنیم ولی سیگار ارزان و در دسترس باشد، چندان در کاهش مصرف سیگار موفق نخواهیم بود. تجربه کشورهای دیگر نیز نشان داده است که اتفاقاً افزایش مالیات بر خرده‌فروشی سیگار، هم قاجاق سیگار را کم می‌کند و هم قشر کم‌درآمد را بیشتر محافظت می‌کند. پس انتظار این است که سیاستگذار خارج حوزه سلامت، به نقش مهم خود در این زمینه عمل کند. نقش وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت مردم، نظارت بر سیاستگذار خارج حوزه سلامت، برای انجام وظیفه درخصوص کنترل عوامل خطر از طریق شوریاعالی سلامت و امنیت غذایی است.

✎ اگر ما همه اقدامات کنترل عوامل خطر شیوه زندگی را انجام دهیم چقدر در کاهش بروز سرطان موثر است؟

نقش دارند؟ همان‌طور که پیش از این گفتیم، برای اینکه بتوانیم کشورهای مختلف با هرمدی جمعیتی متفاوت را از نظر بروز و مرگ‌ومیر مقایسه کنیم، از شاخص ASR استفاده می‌کنیم. این شاخص برای بروز سالانه سرطان در ایران برای هر دو جنس، ۱۲۸ نفر در هر صد هزارنفر، برای عربستان ۹۱، عراق ۱۳۵، مصر ۱۵۲ و ترکیه ۲۰۵ است. بنابراین ملاحظه می‌کنید که بروز سرطان در ایران از اکثر کشورهای منطقه کمتر است و تفاوت زیادی با کشورهای غربی دارد، مثلاً این عدد برای انگلستان ۲۷۳ و آمریکا ۳۱۸ است. درخصوص مرگ‌ومیر، این شاخص برای ایران ۸۲ نفر از هر صد هزارنفر، برای عربستان ۵۴، عراق ۹۷، مصر ۱۰۳ و ترکیه ۱۲۹ است. بنابراین مرگ‌ومیر ناشی از سرطان نیز در ایران از اکثر کشورهای منطقه کمتر است و تفاوت زیادی با کشورهای غربی دارد، مثلاً این عدد برای انگلستان ۱۰۶ است. اما یک نکته مهم این است که با وجود اینکه بروز سرطان در کشورهایی مثل انگلستان و آمریکا بیش از ترکیه است، اما مرگ‌ومیر در این کشورها کمتر از ترکیه است که حاکی از دو نکته است: اول اینکه سرطان در این کشورها در مراحل پایین‌تر تشخیص داده می‌شود، دوم اینکه اثربخشی مداخلات درمانی بیشتر است.

✎ درخصوص کنترل عوامل خطر مرتبط با محیط، کدامیک از سه ضلع مردم، سیاستگذار خارج حوزه سلامت و سیاستگذار حوزه سلامت نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کند؟

در کنترل عوامل خطر محیطی نقش سیاستگذاران خارج حوزه سلامت بیش از سایر ذی‌نفعان است و می‌تواند از طریق ایفای نقش فعال برای تولید محصولاتی که برای سلامتی مردم زیان کمتری دارند (مثلاً تولید سوخت سالم، تولید خودروی سالم، توسعه حمل‌ونقل عمومی سالم و در دسترس)، اجرایی شود. درست است که عوامل محیطی نقش کمتری در ایجاد سرطان دارند اما به‌دلیل نقش پررنگ‌تر سیاستگذاران در کنترل آنها، جلب اعتماد مردم برای مشارکت در کنترل عوامل خطر و تنظیم ارتباط مردم و دولت نقش مهمی دارند. از طرفی درست است که مردم به اندازه سیاستگذاران در کنترل این عوامل نقش ایفا نمی‌کنند، ولی با رعایت اصول خودمراقبتی، کاهش تولید مواد خطرزای محیطی مانند کاهش استفاده از خودروی شخصی و شاید مهم‌تر از همه، مطالبه‌گری برای کنترل عوامل خطر محیطی، می‌تأثیر هم نیستند. در این حوزه نیز وزارت بهداشت باز هم نقش نظارت بر سیاستگذار خارج حوزه سلامت برای انجام وظیفه درخصوص کنترل عوامل خطر محیطی از طریق شوریاعالی سلامت و امنیت غذایی را بر عهده دارد. به هر حال درست است که وزارت بهداشت متولی اصلی سلامت است، اما بدون مشارکت سه‌ضلعی که گفتیم این امر هیچ‌گاه محقق نخواهد شد. ما در این زمینه بیش از همه باید به مسوولیت اجتماعی این سه تاکید کنیم تا کنترل سرطان اتفاق بیفتد.

✎ گفته می‌شود شناسایی بیماران مبتلا به سرطان در کشورمان، یکی از دغدغه‌های اصلی وزارت بهداشت است زیرا مبتلایان به سرطان، زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که بیماری مزمن شده و روند درمان با مشکل مواجه می‌شود. انجام «چک‌آپ» سالانه تا چه اندازه می‌تواند تضمینی برای تشخیص به‌موقع و کنترل این بیماری باشد؟ جایگاه غربالگری در تشخیص زودهنگام و پیشگیری از سرطان‌ها کجاست؟

شاید مهم‌ترین اقدام برای بهبود بقای بیماران، شناسایی بیماران علامت‌دار در مراحل اولیه است. برای اقدام تشخیص زودهنگام گفته می‌شود و با غربالگری (که انجام اقداماتی برای تشخیص بیماری در افراد بی‌علامت است)، تفاوت دارد. هر وقت صحبت از این می‌شود که چرا بسیاری از بیماران ما در مراحل بالا شناسایی می‌شوند، صحبت از غربالگری می‌شود، درحالی‌که اصولاً تنها برای سه‌سرطان پستان، روده بزرگ و دهانه رحم روش غربالگری وجود دارد و در عین حال، نه‌تنها هزینه اثربخشی بلکه اثربخشی اقدامات غربالگری در جمعیت با خطر متوسط برای این سرطان‌ها نیز مورد تردید است. اما مهم‌تر از غربالگری، تشخیص زودهنگام افراد با علائم مشکوک و ارجاع به‌هنگام آنها به سطوح بالاتر است، اما چرا چنین خدمتی تاکنون در کشور رونق نشده است؟ علت این است که شبکه بهداشتی-درمانی ما متناسب با تغییر چهره بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر طی سده‌ده گذشته، نه در سطح برنامه‌ریزی و نه اجرا خود را آماده کرده است.

همچنین برای ارایه این خدمات هم از نظر نیروی انسانی و هم فضای فیزیکی و تجهیزات، کمبودهایی داریم. اما طی چندماه اخیر با بهره‌گیری از نظر خبرگان، برنامه تشخیص زودهنگام سه‌سرطان نامبرده و نظام ارجاع آنها را آماده کرده‌ایم و امیدواریم با اجرای این برنامه‌ها، مرحله تشخیص بیماری کاهش و پیش‌آگهی سرطان بهبود یابد. برای غربالگری نیز تمهیداتی اندیشیده‌ایم که انجام این برنامه‌ها عملی شود. به‌عنوان مثال در سرطان پستان، غربالگری را به بیماران پرخطر محدود می‌کنیم، در مورد سرطان روده بزرگ، از روش ساده‌و و عملی‌تر تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک بهره می‌بریم و در مورد سرطان دهانه رحم، با افزایش فواصل تست پاپ‌اسمیر، اثربخشی برنامه‌ها را بیشتر می‌کنیم.

افزایش بروز سرطان براساس افزایش سن، یک الگوی ثابت جهانی است و به‌مرحال بیشتر سرطان‌ها بالای ۵۰سالگی رخ می‌دهند. هرچه نسبت افراد زیر ۵۰سال در جامعه‌ای (مثلاً ایران) نسبت به یک جامعه دیگر (مثلاً ایالات‌متحده) بالاتر باشد، نسبت افرادی که در سن زیر ۵۰سال مبتلا می‌شوند، افزایش می‌یابد. در ایران نیز بروز سرطان عمدتاً مرتبط به سنین بالاست و اگر هرم جمعیتی خود را با کشورهای غربی تعدیل کنیم، متوسط سن بروز سرطان پایین‌تر نخواهد بود یا به عبارتی نسبت افراد جوان مبتلا بالاتر محاسبه نخواهد شد.

آخرین آمار از تعداد مبتلایان به سرطان و میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن در ایران چه می‌گوید؟

اگر سرطان‌های پوستی را کنار بگذاریم، در ایران سالانه ۸۵هزارنفر به سرطان مبتلا می‌شوند که بیش از ۳۰هزارنفر از آنها در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند.

✎ این آمار را در مقایسه با کشورهای دیگر، چگونه تفسیر می‌کنید؟

همان‌طور که پیش از این گفتیم، برای اینکه بتوانیم کشورهای مختلف با هرمدی جمعیتی متفاوت را از نظر بروز و مرگ‌ومیر مقایسه کنیم، از شاخص ASR استفاده می‌کنیم. این شاخص برای بروز سالانه سرطان در ایران برای هر دو جنس، ۱۲۸ نفر در هر صد هزارنفر، برای عربستان ۹۱، عراق ۱۳۵، مصر ۱۵۲ و ترکیه ۲۰۵ است. بنابراین ملاحظه می‌کنید که بروز سرطان در ایران از اکثر کشورهای منطقه کمتر است و تفاوت زیادی با کشورهای غربی دارد، مثلاً این عدد برای انگلستان ۲۷۳ و آمریکا ۳۱۸ است. درخصوص مرگ‌ومیر، این شاخص برای ایران ۸۲ نفر از هر صد هزارنفر، برای عربستان ۵۴، عراق ۹۷، مصر ۱۰۳ و ترکیه ۱۲۹ است. بنابراین مرگ‌ومیر ناشی از سرطان نیز در ایران از اکثر کشورهای منطقه کمتر است و تفاوت زیادی با کشورهای غربی دارد، مثلاً این عدد برای انگلستان ۱۰۶ است. اما یک نکته مهم این است که با وجود اینکه بروز سرطان در کشورهایی مثل انگلستان و آمریکا بیش از ترکیه است، اما مرگ‌ومیر در این کشورها کمتر از ترکیه است که حاکی از دو نکته است: اول اینکه سرطان در این کشورها در مراحل پایین‌تر تشخیص داده می‌شود، دوم اینکه اثربخشی مداخلات درمانی بیشتر است.

✎ اگر به سهم عوامل مختلف در مرگ‌های قابل پیشگیری سرطان دقت کنیم، می‌بینیم که ۲۵درصد مرگ‌های قابل پیشگیری سرطان ناشی از سیگار، ۲۵درصد ناشی از عوامل عفونی و ۲۵درصد به مجموع چهارعامل الکل، چاقی، کمی مصرف میوه و سبزیجات و کم‌تحركی مربوط است. پس به‌طور خلاصه مردم دست‌کم در کاهش نصف تا سه‌چهارم از مرگ‌های ناشی از سرطان نقش دارند	
---	--

✎ چگونه می‌توان از سیر صعودی سرطان در کشور جلوگیری کرد؟ نقش خودمراقبتی و توجه مردم به توصیه‌ها بهداشتی را در پیشگیری از ابتلا به سرطان تا چه اندازه مدید می‌دانید؟

پیش از هر چیز به یاد داشته باشیم که ۴۰درصد سرطان‌ها قابل‌پیشگیری هستند. به‌طور کلی دواړه‌کار مهم برای کاهش بروز سرطان وجود دارد: اول کنترل عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی ناسالم و دوم کنترل عوامل خطر مرتبط با محیط. در هرکدام از این دومورد سه‌ضلع مردم، سیاستگذار خارج حوزه سلامت و سیاستگذار حوزه سلامت نقش ایفا می‌کنند. اما در حوزه کنترل عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی، نقش مردم مهم‌تر و در حوزه کنترل عوامل خطر محیطی، سیاستگذاران خارج حوزه سلامت نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کنند. در هر دو مورد سیاستگذار حوزه سلامت یعنی وزارت بهداشت، عمدتاً نقش واسط را بازی می‌کند. ابتدا بگذارد به کنترل عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی ناسالم بپردازیم. سازمان جهانی بهداشت در این بعد، به اصول شیوه زندگی برای چهار عامل خطر الکل، سیگار، رژیم غذایی ناسالم و فعالیت بدنی ناکافی تاکید دارد. اصلاح شیوه زندگی برای این چهار عامل نه‌تنها بروز سرطان را کم می‌کند بلکه همزمان میزان بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت را کم می‌کند که در مجموع عامل ۴۰درصد مرگ‌ومیرها در جهان و ۲۲درصد در ایران هستند. واضح است که مهم‌ترین راهبرد برای کنترل این چهارعامل خطر، خودمراقبتی است.

✎ وزارت بهداشت چه راهکاری را در این زمینه می‌تواند انتخاب کند؟

پاسخ این است که وزارت بهداشت باید در دو زمینه برای اصلاح شیوه زندگی اقدام کند. یکی آموزش مردم در مورد خودمراقبتی است که مثلاً می‌توان از طریق کمپین‌های فصلی در این زمینه اقدام کرد؛ مانند کمپینی که ما برای مبارزه با سرطان طراحی کرده‌ایم و از ۱۵ادی تا ۱۵بهمن اجرایی می‌شود، ولی باید آموزش خودمراقبتی به‌ویژه در سطح شبکه‌های بهداشتی-درمانی به‌صورت شخصی و در سطح محیط‌های آموزشی به‌صورت عمومی و مستمر ادامه یابد. اما به‌مرحال عده‌ای از مردم دچار آسیب‌های ناشی از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر می‌شوند بنابراین نقش دوم وزارت بهداشت برای کنترل عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی، ارایه خدمت به مردم در سطح مراکز بهداشتی-درمانی است، مانند ارایه مراقبت‌های لازم برای کاهش وزن، ارایه رژیم‌های غذایی فردی، ارایه راهکارهای ترک سیگار و تاکنون چنین مراقبت‌هایی به‌صورت نظاممند در سطح شبکه بهداشتی-درمانی ما ارایه نشده است، چراکه شبکه ما عمدتاً برای کنترل بیماری‌های واگیر آماده شده است، ولی به‌تازگی ما در مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر برای ارایه این خدمات برنامه‌ریزی کرده‌ایم و مرکز مدیریت شبکه نیز آن را عملیاتی خواهد کرد.

گروه علم، زینب همتی: ۷۰درصد از افزایش مرگ‌ومیر ناشی از سرطان‌ها، در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد که براساس آمار، حدود ۱۷میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد بود. سهم کشور ما از این تعداد، سالانه به بیش از ۳۰هزار مورد می‌رسد و بیش‌بینی می‌شود ظرف ۱۰سال آینده به دوبرابر میزان کنونی افزایش یابد؛ رشد فزاینده‌ای که برخی از کارشناسان از آن به‌عنوان «سونامی سرطان» یاد می‌کنند. آیا «سونامی سرطان» واقعیت دارد؟ چرا این بیماری در ایران به سومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی و سوانح تبدیل شده است؟ آیا سرطان قابل‌پیشگیری است؟ چه روش‌هایی برای تشخیص زودرس این بیماری وجود دارد؟ آیا هم‌اکنون برنامه‌های تشخیصی و درمانی موجود در کشور در کنترل این بیماری موثر است؟ برای پاسخ به این پرسش‌ها و پرسش‌های دیگری که در زمینه سرطان مطرح است، سراغ دکتر «علی مطلق» رفتیم. دکتر «مطلق» انکولوژیست و استاد دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی است. او در حال حاضر رییس اداره سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

✎ برخی متخصصان سرطان و دست‌اندرکاران حوزه سلامت معتقدند کشور دچار «سونامی سرطان» شده است. این در حالی است که مسوولان ارشد وزارت بهداشت می‌گویند که چنین اتفاقی رخ نداده و آنچه از وضعیت بیماری‌های سرطانی در کشور مشاهده می‌شود، تنها یک روند روبه‌افزایش است. نظر شما در این‌باره چیست؟

دانش‌پیشری در حوزه‌های مختلف دارای واژگانی است که گاهی اوقات فقط در همان حوزه معنا پیدا می‌کنند. گاهی نیز واژه‌های یک حوزه از دانش در حوزه دیگر به‌صورت بجا یا بیجا وارد می‌شوند. واژه سونامی چیزی نیست که ما در ادبیات دانش پزشکی، علوم سلامت و همه‌گیرشناسی شنیده باشیم. لازم است همه حرف‌های ما مبتنی بر شواهد (Evidence Base) باشد. به همین دلیل مستندات من برای پاسخگویی به سوالات شما مبتنی بر شواهد متقن ملی و بین‌المللی است، فقط می‌ماند تفسیر درست اطلاعات. در عین حال بهتر است از شاخص‌ها به‌صورت درست استفاده کنیم مثلاً وقتی می‌گوییم «بروز» (Incident-dence) منظور تعداد موارد جدید یک بیماری طی یک زمان مشخص (مثلاً طی یک‌سال) است. میزان بروز استانداردشده سنی (ASR)، به تعداد موارد جدید بیماری در صد هزارنفر جمعیت غنقه می‌شود که براساس هرم سنی جمعیت اصلاح شده باشد. درواقع تنها با ASR می‌توانیم جمعیت‌های مختلف را از نظر بروز یک بیماری مقایسه کنیم. اگر نگاهی به نقشه ارایه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی برای بروز سرطان بیندازیم، ملاحظه می‌کنید که با تقسیم کشورها به پنج‌دسته از نظر ASR و به ترتیب نزولی، ایران در رده چهار قرار می‌گیرد، یعنی پایین‌تر از متوسط جهانی. در عین حال میزان بروز استانداردشده سنی، در مردان و زنان ایرانی به‌ترتیب ۱۳۴ و ۱۲۸ است در حالی‌که متوسط جهانی آن به‌ترتیب ۲۰۵ و ۱۶۵ است.

✎ تخمین‌ها نشان می‌دهد شمار مبتلایان به سرطان تا ۱۶سال دیگر دوبرابر می‌شود و دوسوم این مبتلایان در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران تشخیص داده خواهند شد. علت‌های افزایش وقوع سرطان را در ایران چه چیزهایی می‌دانید؟

سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که بروز خام سرطان از ۱۴میلیون نفر در سال ۲۰۱۲ به ۲۷میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید که ۷۰درصد از این افزایش در کشورهای در حال‌توسعه خواهد بود که ایران هم در زمره این کشورهاست. سازمان جهانی بهداشت همچنین برآوردی در مورد بروز سرطان طی سال‌های آینده در کشورهای مختلف از جمله ایران ارایه داده است، به این صورت که اگر در سال ۱۳۸۱ بروز سرطان، ۸۵هزارنفر باشد، در سال ۱۴۰۹ خورشیدی به ۱۵۵هزارنفر خواهد رسید. دست‌کم بخشی از این افزایش به افزایش جمعیت و بخشی نیز به افزایش سن جمعیت مرتبط است اما اینکه دقیقاً چقدر رشد در ایران در مقایسه با متوسط جهانی چه خواهد بود، چنین مقایسه‌ای را در دست نداریم. سه دلیل عمده برای جامعه فزاین بروز سرطان در ایران وجود دارد. اولین و مهم‌ترین دلیل، افزایش امید به زندگی و تعداد سالمندان است. مستحضردی که با افزایش سن، بروز سرطان افزایش می‌یابد. میزان امید به زندگی در ایران از ۷۸/۳سال در سال ۱۹۷۹ به ۷۳/۸سال در سال ۲۰۱۲ رسیده است در حالی‌که متوسط جهانی امید به زندگی ۷۰/۸سال است. دومین دلیل مهم، تغییر در شیوه زندگی است. به‌عنوان مثال، بیش از ۱۰درصد افراد جامعه سیگار می‌کشند، نزدیک به ۹۰درصد افراد جامعه کمتر از پنج‌و‌عده در روز میوه و سبزیجات مصرف می‌کنند. بیش از ۳۵درصد از افراد جامعه فعالیت بدنی کم دارند، بیش از ۵۰درصد از افراد جامعه کلسترول خون بالا دارند. سومین دلیل عمده، عوامل محیطی هستند. میزان مصرف انرژی به‌ازای هر نفر جمعیت در ایران، دوهزار و ۸۱۲کیلوگرم از نفت و ترکیبات معادل است درحالی‌که متوسط جهانی آن هزار و ۹۰کیلوگرم است. سرانه تولید گاز دی‌اکسیدکربن در ایران به‌ازای هر نفر جمعیت هفت‌تن است در حالی‌که متوسط جهانی ۴/۶تن است یا میزان ذرات معلق در هر مترمکعب هوای شهرهای بالای صد هزارنفر جمعیت، ۱۱۵میکروگرم است، درحالی‌که متوسط جهانی آن ۶۱میکروگرم است.

✎ برخی از متخصصان حوزه سرطان معتقدند که سرطان، بیماری‌ای است که در بیشتر از ۸۰درصد مواقع در سنین بالا اتفاق می‌افتد و در حقیقت یکی از عوارض سن شدن است اما اخیراً یکی از متخصصان حوزه سلامت گفته است که سن ابتلا به سرطان نیز در کشورمان پایین آمده است. نظر شما در این‌باره چیست؟