



Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ



Από τις φοιτήτριες: Χαδούλη Χριστίνα

Χριστοδουλάκη Ισιδώρα

Χριστοπούλου Αναστασία-Μαρία

Επιβλέπων καθηγητής: Κριτωτάκης Γεώργιος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2018

© 2018

Χαδούλη Χριστίνα

Χριστοδουλάκη Ισιδώρα

Χριστοπούλου Αναστασία-Μαρία

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειές μας, τους συγγενείς και τους φίλους μας καθώς και το ΤΕΙ και τον καθηγητή μας Κριτσωτάκη Γεώργιο για την υποστήριξη, την κατανόηση και το θάρρος που μας έδωσαν κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

Μια υγιής στάση ζωής είναι μεταδοτική, αλλά μην περιμένεις να ανταποκριθούν όλοι σε αυτό. Εσύ, όμως, να παραμείνεις φορέας.

Ιπποκράτης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9-28
1.1 Ιστορία εμβολίων (ιστορική αναδρομή).	9-10
1.2 Ορισμοί εμβολίων.	10-12
1.3 Τύποι ανοσοποίησης και είδη εμβολίων.	13-14
1.4 Θέση εμβολιασμών και τρόποι χορήγησης.	14-16
1.5 Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών.	16-17
1.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων.	17-21
1.7 Γενικές αντενδείξεις των εμβολίων.	21-22
1.8 Πλεονεκτήματα των εμβολιασμών.	22-23
1.9 Αποτελεσματικότητα των εμβολίων.	23-24
1.10 Επαναληπτικοί εμβολιασμοί.	24-28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	29-41
2.1 Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας και δημόσιας υγείας.	29-31
2.2 Ορισμός και αποστολή της δημόσιας υγείας.	31
2.3 Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	31-32
2.4 Αξία της πρόληψης και μείωση της νοσηρότητας.	32-33
2.5 Ηθικές και νομικές διαστάσεις – νομοθεσία απέναντι στην ανοσοποίηση.	34-35
2.6 Η Ελληνική πραγματικότητα.	35-36
2.7 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή.	37-38
2.8 Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα.	39-40
2.9 Η διεθνής εμπειρία.	40-41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	42-52
3.1 Θετικές πεποιθήσεις απέναντι στους εμβολιασμούς.	42
3.2 Αρνητικές πεποιθήσεις απέναντι στους εμβολιασμούς	42-43
3.3 Έρευνες που αφορούν τα εμβόλια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.	43-44
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την στάση απέναντι στα εμβόλια.	44-49
3.5 Λόγοι αποδοχής του εμβολίου	49
3.6 Η απάντηση στις αντιρρήσεις	49-50
3.7 Αναγκαιότητα των εμβολίων	50-51

3.8 Τρόποι πειθούς της κοινωνίας για τα εμβόλια.	51-52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	53-75
4.1 Σκοπός έρευνας	53
4.2 Στατιστική Ανάλυση	53
4.2.1 Πληθυσμός της μελέτης	53-54
4.2.2 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων	54
4.2.3 Δεοντολογία και διασφάλιση ανωνυμίας	54
4.3 Αποτελέσματα έρευνας	56-68
4.4 Συζήτηση	69-70
4.5 Συμπεράσματα	71
Ελληνική βιβλιογραφία	72-73
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	73-75

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας θα καταγραφούν οι πεποιθήσεις των ατόμων που θα λάβουν μέρος στην έρευνα οι οποίες θα βοηθήσουν τους φορείς υγείας να κατανοήσουν τις στάσεις του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τα εμβόλια έτσι ώστε να χρησιμοποιηθούν για να αναπτυχθούν οι αντίστοιχες δράσεις.

Μεθοδολογία: Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η Κλίμακα για τις θεωρίες συνωμοσίας σε σχέση με τα εμβόλια (vaccine conspiracy beliefs scale). Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης έγινε χρήση του προγράμματος IBM SPSS 24.0. , με περιγραφική στατιστική.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 407 άτομα με 282 επαγγελματίες υγείας και 125 άτομα κοινό πληθυσμό. Το 74,2% του μελετημένου πληθυσμού ήταν γυναίκες και το 25,8% άντρες με μέση τιμή ηλικίας $37,1 \pm 10,4$ (19-68).

Συμπεράσματα: Το γενικότερο συμπέρασμα της παρούσας έρευνας είναι ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διατηρούσαν θετικές πεποιθήσεις ως προς τον εμβολιασμό για τους ίδιους και για το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους. Επιπροσθέτως τα άτομα της έρευνας που ανήκουν στον τομέα της υγείας κατέχουν μία πιο θετική στάση απέναντι στον εμβολιασμό σε αντίθεση με τα άτομα που εργάζονται σε διαφορετικούς τομείς πέρα από την υγεία.

Λέξεις κλειδιά: Εμβολιασμός, επαγγελματίες υγείας, πεποιθήσεις, πρωτοβάθμια φροντίδα, κοινός πληθυσμός, ανοσοποίηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΜΒΟΛΙΑ

1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ (ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ)

Ο άνθρωπος πριν από αρκετά χρόνια υποστήριζε πως η πρόληψη της ασθένειας είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτή πέρα από κάθε άλλη θεραπευτική αγωγή.

Σαν ιστορικό παράδειγμα υπάρχει ο συστηματικός εμβολιασμός κατά της ευλογιάς που γινόταν στην Ινδία και στην Κίνα. Χρησιμοποιούσαν μια μέθοδο που αποκαλούσαν ευλογιασμό κατά την οποία παρείχε ανοσία στα άτομα που είχαν εμβολιασθεί με αυτή. Αυτό που έκαναν κατ' αυτή την μέθοδο ήταν είτε να συλλέγουν πύον από τις πληγές του ασθενή και έπειτα να κάνουν σκαριφισμό (χάραγμα του δέρματος) σε υγιή άτομα, είτε να τους φέρνουν σε επαφή με τα ρούχα των μολυσμένων ανθρώπων .

Η μέθοδος του ευλογιασμού πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα με τους Τιμονή το 1691 και στη συνέχεια με τον Πυλανινό το 1713. Η Κωνσταντινούπολη από την άλλη εισήγαγε την επιτυχή αυτή μέθοδο στην Αγγλία το 1717 όπου η Λαίδη Montagu εμβολίαζε παιδιά Βασιλέων. Από το 1673 είχε ξεκινήσει και ο εμβολιασμός στην Κωνσταντινούπολη. (Δετοράκης , 2003)

Όμως το 1769 μια σημαντική ανακάλυψη έγινε από τον ευλογιστή Jenner στην Αγγλία Jenner παρατήρησε ότι όσα άτομα μολύνθηκαν από ευλογικό αγελάδας δεν αρρώσταιναν από την ευλογιά του ανθρώπου. Με την μέθοδο του Δαμαλισμού (ιός ευλογιάς των αγελάδων που καλλιεργείται στην επιφάνεια της κοιλιάς του ζώου) ο Jenner απέσπασε δείγμα φλύκταινας από την ευλογιά της αγελάδας από μία νεαρή που είχε νοσήσει και το μετέφερε μέσω του εμβολιασμού σε ένα μικρό αγοράκι που απέκτησε ανοσία στην ευλογιά, έτσι ο Δαμαλισμός το 1801 έγινε η πιο αποτελεσματική μέθοδος εμβολιασμού για την ευλογιά.

Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1835. Στην συνέχεια το 1885 ανακαλύφθηκε από τον Louis Pasteur το εμβόλιο της Λύσσας. Ουσιαστικά η εποχή εκείνη είναι η εποχή όπου ξεκινά η συστηματική παρασκευή των εμβολίων.

Στην διάρκεια της περιόδου 1892 έως και 1927 θεωρείται πως κατασκευάστηκαν εμβόλια κατά των μικροβίων ενώ από το 1932 έως και το 1949 ανακαλύφθηκαν εμβόλια εναντίον των ιογενών λοιμώξεων. (Δετοράκης , 2003)

Επίσης σημαντικές ανακαλύψεις έγιναν το 1932 με το εμβόλιο κατά του κίτρινου πυρετού στη συνέχεια το 1937 με το εμβόλιο της γρίπης που ανακαλύφθηκε από τον Salic και το εμβόλιο της παρωτίδας που ανακαλύφθηκε το 1949 από τον Smorodinstev στην ΕΣΣΔ. Το 1955 με την καλλιέργεια του ιού σε ιστούς παρασκευάστηκε το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας, εφευρέτης του ήταν ο Jalk, όμως το εμβόλιο αυτό δημιουργήθηκε με άλλο τρόπο (εξασθενημένους ιούς) και από τον Sabin το 1961. Συνεχίζοντας εμφανίστηκαν τα εμβόλια για την Ιλαρά το 1963, για την παρωτίτιδα το 1967, για την ερυθρά το 1967, για την ανεμοβλογιά το 1973 και τελειώνοντας το 1982 παρασκευάστηκε το εμβόλιο για την Ηπατίτιδα Β. (Δετοράκης , 2003)

2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Για να εξηγηθεί η πραγματική έννοια των εμβολίων αξίζει πρώτα να γίνει μια μικρή αναφορά στους ορισμούς των νοσημάτων.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ

- **Λοιμώδη:** Λέγονται τα μεταδοτικά νοσήματα που έχουν σαν αιτία, ζωντανούς μ/ο (μικρόβια, παράσιτα, ιοί) ή τα τοξικά τους προϊόντα.

Τα **λοιμώδη** διακρίνονται σε :

- α) Άμεσα μεταδοτικά
- β) Έμμεσα με έντομα και άλλους ξενιστές

- Οι **λοιμογόνοι παράγοντες** διακρίνονται σε:

- 1) Παράσιτα (μονοκύτταρα ή πολυκύτταρα που ανήκουν στο ζωικό βασίλειο)
- 2) Μύκητες(φυτικό βασίλειο)
- 3) Μικρόβια
- 4) Ρικέτσιες
- 5) Ιοί

6) Σαπρόφυτα(μη παθογόνα μικρόβια)

Τα χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων είναι :

α) Μολυσματικότητα: Η ικανότητα ενός μ/ο να μολύνει

Μόλυνση: Είναι η εισαγωγή ενός λοιμογόνου παράγοντα , ο πολλαπλασιασμός και η ανάπτυξη σ' έναν οργανισμό χωρίς να δημιουργεί πάντα νόσο(λοίμωξη)

β) Παθογονικότητα: Η ικανότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα να προκαλεί νόσο αφού ήδη έχει προκαλέσει μόλυνση.

Η Άμυνα του οργανισμού

Η λανθασμένη άμυνα του οργανισμού είναι αυτή που αφήνει τον οργανισμό ευάλωτο στην εισβολή του μικροβίου. Αν ο οργανισμός αμυνθεί, αποκτήσει αντοχή δηλαδή ανοσία δεν θα αρρωστήσει. Η αντοχή μπορεί να είναι συγγενής ή μη ειδική που έχει γενετική προέλευση και είναι χαρακτηριστική του είδους και η επίκτητη ή ειδική ανοσία που έχει σχέση με ειδικά αντισώματα

ΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ

- **Ανοσοποίηση:** Ανοσία είναι η παρουσία ειδικών αντισωμάτων(χημική ανοσία) που κυκλοφορούν στο αίμα ή ειδικών λεμφοκυττάρων που ευαισθητοποιήθηκαν (κυτταρική ανοσία). Η ανοσία διακρίνεται σε παθητική και ενεργητική

- **Παθητική ανοσία**

Η παθητική ανοσία: Είναι φυσική και επίκτητη. Φυσική παθητική ανοσία είναι η διαπλακούντια μετάδοση έτοιμων αντισωμάτων δηλαδή από τη μητέρα στο έμβρυο με αγωγή τον ομφάλιο λώρο. Η ανοσία αυτή σπάνια ξεπερνάει τους 6 μήνες μητέρα δίνει αντισώματα στο νεογνό με το μητρικό θηλασμό τους πρώτους μήνες.

Η τεχνητή παθητική ανοσία γίνεται:

- 1) Με αντισώματα από μίγμα ορών ενηλίκων που νόσησαν από διάφορα κατά καιρούς λοιμώδη νοσήματα. Αυτός είναι ο άνοσος ορός ή άνοση γ-σφαιρίνη.
- 2) Με αντισώματα από μίγμα ορών ενηλίκων που βρίσκονται σε ανάρρωση από συγκεκριμένο νόσημα και έχουν στον ορό του αίματος τους ψηλές συγκεντρώσεις

των ειδικών αυτών αντισωμάτων. Αυτός είναι ο υπεράνοσος ορός π.χ. αντιπαρωτιδικός, αντιτετανικός, ανθιλαρικός, αντικοκκυτικός κτλ.

Πλεονέκτημα ορών: Η άμεση προστασία του ανεμβολίαστου ατόμου γιατί είναι έτοιμα αντισώματα που αρχίζουν την προστασία τους από την αρχή της ένεσης.

Μειονέκτημα ορών: Η παροδική ολιγοήμερη προστασία με ορό είναι μια πρόχειρη λύση για την ανοσοποίηση ενός ατόμου με κίνδυνο λοίμωξης, ενώ το εμβόλιο έχει μεγάλης διάρκειας ανοσία.

- **Ενεργητική ανοσία**

Η φυσική ενεργητική ανοσία: Είναι η ανοσία που αποκτάει ο οργανισμός μετά από φυσική νόσηση ή κρυψιμόλυνση ή αφανής λοίμωξη. Σημαίνει ότι μολύνθηκε το άτομο χωρίς νόσηση φανερή, δηλαδή χωρίς συμπτώματα. Ωστόσο όμως δημιουργήθηκαν αντισώματα ενάντια στο λοιμογόνο παράγοντα και αυτό είναι το κέρδος της λοίμωξης.

Η τεχνητή ενεργητική ανοσία: Είναι αυτή που δημιουργείται από το αντίστοιχο εμβόλιο.

Εμβόλιο: Είναι η εισαγωγή τεχνητά ενός λοιμογόνου παράγοντα κατάλληλα επεξεργασμένου έτσι ώστε να χάσει την παθογόνα του ιδιότητα αλλά να διατηρήσει την αντιγονική ικανότητα παραγωγής αντισωμάτων ή η κατάλληλη επεξεργασία προϊόντος του π.χ. τοξίνης ώστε να μην είναι τοξική αλλά να παράγει ειδικά αντισώματα ή ειδικά λεμφοκύτταρα

Πλεονέκτημα εμβολίων: Η ανοσία απ' αυτά είναι μακροχρόνια και διαρκεί φυσικά πολύ περισσότερο από την παθητική ανοσία των ορών.

Μειονέκτημα: Δεν παρέχει άμεση προστασία αλλά απαιτείται κάποιο χρονικό διάστημα. Στα ανεμβολίαστα άτομα αυτό έχει σημασία και ο ορός είναι εκείνος που θα προστατεύσει άμεσα το άτομο. Σωστό είναι πάντα μετά τον ορό να ακολουθεί το αντίστοιχο εμβόλιο για μια πιο μακροχρόνια ανοσία. Συμπερασματικά τα εμβόλια είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπισθούν οι λοιμώδεις ασθένειες(Τσιλιγκίρογλου, 1991).

3. ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Εμβολιασμός: είναι η χορήγηση εμβολίου ή τοξοειδούς για την επίτευξη ενεργητικής ανοσοποίησης διεγείροντας τον σχηματισμό αντισωμάτων από τον οργανισμό.

Ανοσοποίηση: είναι ένας ευρύτερος όρος που δεν περιλαμβάνει μόνο τα εμβόλια για ενεργητική ανοσοποίηση, αλλά και τα διαλύματα αντισωμάτων για παθητική ανοσοποίηση όπως οι ανοσοσφαιρίνες και οι αντιτοξίνες.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να παρασκευαστούν τα εμβόλια. Μπορεί να προστατεύονται με συντηρητικά ή να αναμειγνύονται με ανοσοενισχυτικά έκδοχα που χρησιμοποιούνται για να επαυξήσουν την ανοσογονικότητα. Συνιστώνται από ζωντανούς και εξασθενημένους οργανισμούς ή νεκρούς αδρανοποιημένους που στερούνται λοιμικότητας. Τα αδρανή εμβόλια περιλαμβάνουν τα τοξοειδή και τα πολυσακχαριτικά εμβόλια. (Nies & McEwen , 2001)

Τα εμβόλια μπορεί να περιέχουν :

- Ζώντες εξασθενημένους παθογόνους μικροοργανισμούς όπως τα εμβόλια κατά των ιών (ιλαράς ,ερυθράς) και το εμβόλιο του τυφοειδή πυρετού που χορηγείται από το στόμα . Παρότι μετά τον εμβολιασμό και τον πολλαπλασιασμό των λοιμογόνων αυτών παραγόντων στον οργανισμό επακολουθεί ενεργός λοίμωξη, δεν παρατηρείται έντονη αντίδραση του ξενιστή και συνεπώς οι επιπλοκές μετά την χορήγηση εμβολίων είναι κατά κανόνα μικρές ή ανύπαρκτες
- Αδρανοποιημένους λοιμογόνους παράγοντες, όπως συμβαίνει με αρκετούς ιούς και τα περισσότερα βακτηρίδια π.χ. εμβόλια κοκκύτη, ηπατίτιδας Α, γρίπης, χολέρας και λύσσας. Οι αδρανοποιημένοι λοιμογόνοι παράγοντες δεν μπορούν να αναπαραχθούν στον ξενιστή και συνεπώς χρειάζεται να χορηγούνται σε ποσότητες ικανές να εκλύσουν την αναμενόμενη ανοσοποιητική απάντηση. Επιπλέον τα εμβόλια με αδρανοποιημένους λοιμογόνους παράγοντες, όπως το εμβόλιο Salk, αδυνατούν να εκλύσουν το εύρος των ανοσολογικών αντιδράσεων που προκαλούνται από τα εμβόλια με εξασθενημένους παράγοντες.

- Τροποποιημένα ατοξικά προϊόντα του παθογόνου μικροοργανισμού, όπως συμβαίνει με τα τοξοειδή που περιέχονται στα εμβόλια της διφθερίτιδας και του τετάνου. Η διατήρηση όμως μακροχρόνιας ανοσίας με τα εμβόλια αυτά απαιτεί περιοδική επαναχορήγηση αναμνηστικών δόσεων του εμβολίου
- Εμβόλια που περιέχουν τμήμα του λοιμογόνου παράγοντα, εμβόλια που περιέχουν συνθετικά πολυπεπτίδια ή εμβόλια που παράγονται με τεχνικές ανασυνδιασμένου DNA, όπως το εμβόλιο του αιμοφίλου γρίπης τύπου b, της ηπατίτιδας B, του μηνιγγιτιδόκοκκου, του πνευμονιόκοκκου και το παρεντερικό εμβόλιο του τυφοειδή πυρετού. Τα εμβόλια αυτά δεν μεταδίδουν το λοιμογόνο παράγοντα. (Τριχόπουλος και συν, 2002)

4. ΘΕΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΚΑΙ ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Τα εμβόλια προορίζονται για να καλύπτουν συγκεκριμένους τύπους αναγκών χορήγησης. Εάν οι οδοί χορήγησης και οι διαδικασίες δεν εφαρμόζονται, η αποτελεσματικότητα του εμβολίου μπορεί να μειωθεί. Απαιτείται η χρήση στείρων τεχνικών και βελονών ασφαλείας για την προφύλαξη τόσο του εμβολιαστή όσο και του εμβολιαζόμενου απέναντι σε επικείμενη λοίμωξη. Αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας, το έμβολο πρέπει να ανασυρθεί για να ελεγχθεί η παρουσία αίματος, γεγονός που δείχνει την εισαγωγή της βελόνας σε αιμοφόρο αγγείο. Συνεπώς, εάν υπάρχει αίμα η βελόνα πρέπει να αποσυρθεί, να εφαρμοστεί ο μηχανισμός ασφάλειας και η μολυσμένη βελόνα να απορριφθεί ορθά. Χρησιμοποιώντας νέα σύριγγα και επιλέγοντας νέα θέση για την χορήγηση του εμβολίου, πρέπει να ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία. Το μήκος και το μέγεθος της βελόνας είναι σημαντικά για την σωστή χορήγηση των εμβολίων και πρέπει να επιλέγονται βάσει της θέσης χορήγησης (ενδομυϊκή ή υποδόρια) και το μέγεθος του ασθενούς. Εάν πρόκειται να χορηγηθούν ταυτόχρονα περισσότερα του ενός εμβόλια, πρέπει να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές ανατομικές θέσεις. Είναι σημαντικό να χορηγηθεί η συγκεκριμένη δόση του εμβολίου που αναγράφεται στις εσώκλειστες οδηγίες διότι οποιαδήποτε παράκληση μπορεί να μεταβάλλει την αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Για συνοπτική ενημέρωση σχετικά με την δοσολογία πρέπει να συμβουλευτείτε τις εσώκλειστες οδηγίες του κατασκευαστή ή το βιβλίο φαρμάκων για ιατρούς. (Nies & McEwen, 2001)

ΣΥΝΗΘΗ ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

ΕΜΒΟΛΙΟ	ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
Αιμόφιλου γρίπης τύπου b	Ενδομυϊκά
Ανεμοβλογιάς	Υποδόρια
Φυματίωσης	Ενδοδερμικά ή υποδόρια
Γρίπης	Ενδομυϊκά
Διφθερίτιδας, τετάνου	Ενδομυϊκά
Ερυθράς	υποδόρια
Ηπατίτιδα Β	Ενδομυϊκά
Ηπατίτιδα Α	Ενδομυϊκά
Ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας	Υποδόρια
Κοκκύτη	ενδομυϊκά
Λύσσας	Ενδομυϊκά ή ενδοδερμικά
Χολέρας	Υποδόρια ή ενδομυϊκά ή ενδοδερμικά

Πολιομυελίτιδα Sabin (OPV) Salk (IPV)	Υποδόρια (IPV) ή από του στόματος χορήγηση (OPV)
--	---

5. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

Όταν είναι εφικτό όλα τα παιδιά πρέπει να εμβολιάζονται στην κατάλληλη ηλικία και το πρόγραμμα εμβολιασμών τους να εκσυγχρονίζεται με βάση των συστάσεων των ACIP, AAP και AAFP. Στα κλινικώς σταθερά πρόωρα βρέφη πρέπει να τηρείται το ίδιο πρόγραμμα εμβολιασμών με τα τελειόμηνα βρέφη, με εξαίρεση το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β. Τα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης που έχουν γεννηθεί από μητέρες αρνητικές στο επιφανειακό αντίγονο της ηπατίτιδας Β δεν πρέπει να εμβολιάζονται με το εμβόλιο έως ότου φτάσουν τα δύο κιλά ή μέχρι την ηλικία των δύο μηνών, τα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης που έχουν γεννηθεί από μητέρες θετικές στο επιφανειακό αντίγονο της ηπατίτιδας Β, πρέπει να εμβολιάζονται με την αιμοσφαιρίνη της ηπατίτιδας Β στη γέννηση. Εντούτοις η αρχική δόση του εμβολίου δεν πρέπει να προσμετρηθεί στη σειρά των τριών δόσεων του εμβολίου. Ο συνιστώμενος αριθμός ενέσεων οποιασδήποτε ανοσοβιολογικής ουσίας πρέπει να χορηγείται βάση των συστάσεων της ACIP (Συμβουλευτική επιτροπή εφαρμογών ανοσοποίησης). Οποιαδήποτε διακοπή του προγράμματος δεν σημαίνει ότι όλες οι σειρές εμβολίων πρέπει να ξαναγίνουν από την αρχή εάν όμως τα εμβόλια χορηγηθούν σε μικρότερα ανοσοδιαστήματα, δεν πρέπει να συνυπολογίζονται στα βασικά εμβόλια. Η ολοκλήρωση της πρωτογενούς ανοσοποίησης και η χορήγηση περιοδικών αναμνηστικών δόσεων σύμφωνα με τις συστάσεις, είναι αναγκαίες για την διασφάλιση προστατευτικής ανοσίας. Ιδιαίτερη μεταβολή στην ανοσογονικότητα δεν έχει αποδειχθεί. Συνεπώς, όλα τα εμβόλια μπορούν να χορηγούνται ταυτόχρονα χωρίς αντενδείξεις, με εξαίρεση τα εμβόλια για τον κίτρινο πυρετό και την χολέρα, τα οποία πρέπει να χορηγούνται σε μεσοδιαστήματα τουλάχιστον τριών εβδομάδων. Επιπλέον τα ζώντα ενέσιμα εμβόλια όπως της

ανεμβολογιάς πρέπει να χορηγούνται σε μεσοδιαστήματα τεσσάρων τουλάχιστον εβδομάδων όταν δεν χορηγούνται ταυτόχρονα. (Nies & McEwen, 2001)

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΜΒΟΛΙΟ
3 ^{ος} μήνας	DTP (τριπλό διφθερίτιδα, τετάνου και κοκκύτη)
4 ^{ος} μήνας	DTP,SABIN (αντιπολυομυελίτιδας)
6 ^{ος} μήνας	DTP,SABIN
15 ^{ος} μήνας	Ιλαράς ή MMR(τριπλό ερυθράς, ιλαράς και παρωτίτιδας)
18 ^{ος} μήνας	DTP ή DT και SABIN
5 ^{ος} ή 6 ^{ος} χρόνος	DT ή SABIN
7 ^{ος} χρόνος	Αντιφυματικό(BCG)
11 ^{ος} ή 12 ^{ος} χρόνος	Te (απλό- σκέτο τετάνου ή το ¼ της δόσης DT)
Πριν από την εφηβεία	Ερυθράς(χωριστά) Παρωτίτιδας(χωριστά)

Σημείωση: MMR:Εμβόλιο Ιλαράς Παρωτίτιδας και Ερυθράς, DT: Αντιδιφθεριτικός-τετανικός, DTP ή Τριπλό: Διφθερίτιδας, Τετάνου και νεκρά μικρόβια κοκκύτη. Te: Τετάνου. SABIN: Αντιπολυομυελιτικός. BCG: Αντιφυματικός. (Τσιλιγκιρογλου 1991)

6. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Η παροχή ασφαλών εμβολίων στο κοινό έχει καταστεί προεξέχων μέλημα της κυβέρνησης και των επαγγελματιών υγείας από τότε που ξεκίνησε η χρήση των εμβολίων για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων. Το μέλημα αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι κανένα φάρμακο ή εμβόλιο δεν είναι απόλυτα αποτελεσματικό ή ασφαλές και τα εμβόλια έχουν διάφορα ειδικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, είναι βιολογικά παρασκευάσματα παρά χημικά και όταν εισάγονται στο βιολογικό σύστημα του ανθρώπου προκαλούν διάφορες αντιδράσεις τόσο θετικές όσο και αρνητικές. Επιπλέον τα εμβόλια χορηγούνται σε υγιή άτομα για την πρόληψη της νόσου και όχι για την θεραπεία και χορηγούνται σε πολύ περισσότερους ανθρώπους απ' ότι άλλα φάρμακα.

Επιπρόσθετα υπάρχουν λίγες μόνο επιλογές ή υποκατάστατα εμβολίων για ένα συγκεκριμένο αντιγόνο. Η ανησυχία του κοινού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με την χορήγηση των εμβολίων έχει αυξηθεί τα τελευταία έτη καθώς ο κίνδυνος νόσησης έχει μειωθεί. Έχει προσδιοριστεί ότι ο κίνδυνος για την υγεία από το OPV (εμβόλιο πολιομυελίτιδας από το στόμα που περιέχει ζωντανό ιό) υπερβαίνει τον κίνδυνο από την ίδια την νόσο. Αυτό οδήγησε στην αντικατάσταση του OPV με το IPV (αδρανές εμβόλιο πολιομυελίτιδας). Παρομοίως το κυτταρικό εμβόλιο του κοκίτη αντικαταστάθηκε από το μη κυτταρικό εμβόλιο του κοκίτη λόγω των προκαλούμενων και ιδιαίτερα των σπασμών. Πρόσφατα αφαιρέθηκε από το πρόγραμμα και ένα εμβόλιο ροταϊού λόγω αυξημένης επίπτωσης εγκεφαλασμού σε βρέφη στα οποία χορηγήθηκε το εμβόλιο. (Nies & McEwen 2001)

Οι παρενέργειες των εμβολίων κατηγοριοποιούνται σε γενικές και τοπικές. Οι γενικές παρενέργειες είναι συνήθως το οίδημα. Ενώ οι τοπικές παρενέργειες είναι ο πυρετός, ανησυχία, εγκεφαλίτιδα. (Τσιλιγκίρογλου, 1991)

Ακόμη ανάλογα και με τον τύπο εμβολίου ή το εμβόλιο συγκεκριμένου ιού οι παρενέργειες χωρίζονται ως εξής:

ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΖΩΝΤΑΝΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

Εμβόλιο Ιλαράς: 5-15% μπορεί να εμφανίσουν υψηλό πυρετό 5-12 μέρες μετά τον εμβολιασμό, διαρκεί συνήθως 1-2 μέρες. Το 5% μπορεί να εμφανίσει ελαφρύ εξάνθημα. Ακόμη ελαφρά τοπική αντίδραση με ή χωρίς πυρετό εμφανίζεται στο 4-50% σε άτομα που είχαν εμβολιαστεί στο παρελθόν με εμβόλιο νεκρού ιού ιλαράς, μια αντίδραση που είναι ηπιότερη από το άτυπο σύνδρομο ιλαράς που προκαλεί η φυσική νόσηση.

Εμβόλιο παρωτίτιδας: Σπάνια υπάρχει εμφάνιση παρωτίτιδας μετά τον εμβολιασμό. Οι αλλεργικές αντιδράσεις όπως εξάνθημα και κνησμός είναι ήπιες και μικρής διάρκειας αν και είναι ασυνήθιστες παρενέργειες στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι λιγότερες απ' ό,τι θα υπήρχαν μετά την φυσική νόσηση.

Εμβόλιο ερυθράς: Στα παιδιά υπάρχει μερικές φορές η εμφάνιση χαμηλού πυρετού, εξανθήματος και λεμφαδενίτιδας. Σε καταστάσεις μαζικού εμβολιασμού ένα ποσοστό των 40% εμφάνισε αρθραλγίες κυρίως στις μικρές περιφερικές αρθρώσεις. Αυτά τα συμπτώματα είναι πιο συχνά και σοβαρότερα στους ενήλικες παρά στα παιδιά. Σπάνια θα παρατηρηθούν παραισθησία και πόνοι στα άνω και κάτω άκρα. Τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται σε άτομα που ήταν ήδη άνοσα όταν εμβολιάστηκαν.

Εμβόλιο ευλογιάς: Οι παρενέργειες εμφανίζονται συχνότερα σε παιδιά ηλικίας κάτω του ενός έτους παρά σε μεγαλύτερης ηλικίας. Αντιδράσεις αλλά ήπιες εμφανίζονται στο σημείο ενέσεως (οίδημα, ερύθημα, πόνος) και συνήθως συνοδεύονται από πονοκέφαλο αίσθημα γενικής κακουχίας και πυρετό. Το εμβόλιο της ευλογιάς έχει όμως και κάποιες σοβαρές αντιδράσεις οι οποίες μπορεί να είναι εγκεφαλίτιδα ή νεκρωτική δαμαλίτιδα. Αυτές παρατηρούνται μετά τον αρχικό εμβολιασμό.

Εμβόλιο κίτρινου πυρετού: Γενικά οι αντιδράσεις είναι ήπιες, ποσοστό 5% από αυτούς που έχουν εμβολισθεί εμφανίζουν μέτριο πονοκέφαλο, μυαλγία, χαμηλό πυρετό 5-10 μέρες μετά τον εμβολιασμό. Αντιδράσεις υπερευαισθησίας όπως εξάνθημα και άσθμα μπορεί να εμφανιστούν σπάνια και κατά κύριο λόγο σε άτομα που είναι αλλεργικά στο αυγό. Η εκδήλωση εγκεφαλίτιδας από το εμβόλιο είναι εξαιρετικά σπάνια να εκδηλωθεί.

Εμβόλιο πολιομυελίτιδας: Ο κίνδυνος που θα μπορούσε να υπάρξει από το εμβόλιο με τροποποιημένο –ζωντανό ιό πολιομυελίτιδας, αν και είναι πολύ μικρός, είναι η παράλυση στους ανθρώπους που έχουν εμβολιασθεί ή στα άτομα που υπάρχουν στο στενό τους περιβάλλον. Αν και η πιθανότητα να συμβεί κάτι τέτοιο είναι πάρα πολύ μικρή (1 περίπτωση σε 9 εκατομμύρια δόσεις εμβολίου) οι γονείς των παιδιών ή τα άτομα που σκοπεύουν να εμβολιασθούν θα πρέπει να ενημερώνονται για την ύπαρξη αυτής της πιθανότητας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τους ενήλικες παρά για τα παιδιά. Η χορήγηση εμβολίου με νεκρό ιό πολιομυελίτιδας δεν έχει καμία σοβαρή παρενέργεια. Λόγω όμως της ύπαρξης ιχτών στρεπτομυκίνης και νεομυκίνης προκαλεί υπερευαισθησία σε άτομα που είναι αλλεργικά στα αντιβιοτικά αυτά.

ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΑΔΡΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΙΟΥΣ

Εμβόλιο ηπατίτιδας Β: Η συχνότερη εκδήλωση είναι ο ερεθισμός στο σημείο της ενέσεως. Σοβαρότερες παρενέργειες που έχουν εμφανιστεί είναι οι αρθραλγίες, νευρολογικές αντιδράσεις(σύνδρομο Guillain- Barre, άσηπτη μηνιγγίτιδα) και πολύμορφο ερύθημα που είναι εξαιρετικά σπάνιες και δύσκολο να σχετιστούν με το εμβόλιο. Το εμβόλιο όταν έχει χορηγηθεί σε φορείς του ιού της ηπατίτιδας Β ή σε άτομα που έχουν ήδη προστατευτικά αντισώματα από προηγούμενη φυσική μόλυνση δεν προκαλεί παρενέργειες.

Εμβόλιο της γρίπης: Οι παρενέργειες του νέου εμβολίου (HDCV) είναι σπανιότερες και λιγότερο σοβαρές από εκείνες των παλιών εμβολίων. Τοπικές αντιδράσεις όπως πόνος ερύθημα και οίδημα στην περιοχή της ενέσεως έχουν παρατηρηθεί σε ποσοστό 25% των εμβολιασμένων. Ήπιες γενικές συστηματικές αντιδράσεις όπως πονοκέφαλος, ναυτία, κοιλιακό άλγος, μυαλγία και ζάλη παρατηρήθηκαν στο 20% των εμβολιασμένων.

ΕΜΒΟΛΙΑ ΜΕ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΖΩΝΤΑΝΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ

Εμβόλιο μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου: Οι παρενέργειες του εμβολίου αυτού είναι σπάνιες και πολύ ήπιες. Χαρακτηρίζονται κυρίως από ερύθημα που κρατάει 1-2μέρες.

Εμβόλιο πανώλης: Ένα ποσοστό 10% των ατόμων που έχουν εμβολιασθεί εμφανίζει αίσθημα γενικής κακουχίας, πονοκέφαλο, πυρετό, ήπια λεμφαδενίτιδα, ερύθημα και οίδημα στην περιοχή της ενέσεως. Οι αντιδράσεις αυτές δεν εμφανίζονται κατά τον πρώτο εμβολιασμό αλλά μετά από επαναληπτικές αναμνηστικές δόσεις. Σπάνια θα εμφανιστούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας και άσηπτα αποστήματα.

Εμβόλιο πνευμονιοκοκκικής νόσου: Ο μισός πληθυσμός των ατόμων που έχουν εμβολιασθεί εμφανίζει ήπιες παρενέργειες όπως ερύθημα κι πόνο στο σημείο της ενέσεως. Σε ποσοστό 1% εμφανίζονται πυρετός και μυαλγίες. Αντιδράσεις

υπερευαισθησίας εμφανίζονται μετά τον αρχικό εμβολιασμό. Λόγω του ότι οι παρενέργειες γίνονται σοβαρές μετά από τον επανεμβολιασμό δεν συνιστάται δεύτερη ή αναμνηστική δόση του εμβολίου.

Εμβόλιο τυφοειδή: Υπάρχει συχνά μια τοπική αντίδραση στο σημείο της ενέσεως που κρατάει 1-2 μέρες συνοδευόμενη από πυρετό, πονοκέφαλο και αίσθημα κακουχίας. Σπάνια υπάρχουν σοβαρές αντιδράσεις

Εμβόλιο κοκίτη: Οι πιο συχνές αντιδράσεις είναι το ερύθημα το οίδημα και η ευαισθησία στο σημείο της ενέσεως. Ακόμη μπορεί για αρκετές βδομάδες να έχει δημιουργηθεί και να ψηλαφάτε ένας όζος ενώ σπάνια δημιουργούνται αποστήματα. Γενικευμένα συμπτώματα όπως πυρετός, υπνηλία, εμετός, ευερεθιστότητα και ανορεξία εμφανίζονται συχνά. Λιγότερο συχνά εμφανίζονται υψηλός πυρετός (40,5) , δυνατό κλάμα για αρκετές ώρες καταπληξία ή σπασμοί. Τέλος σε εξαιρετικά σοβαρές περιπτώσεις εμφανίζονται νευρολογικές επιπλοκές και εγκεφαλοπάθειες αλλά πολύ σπάνια. (Τριχοπούλου, Τριχόπουλος 1986)

7. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Υπάρχουν ομάδες ατόμων ή και καταστάσεις του σώματος που δεν επιτρέπουν στους φορείς υγείας να χορηγήσουν τα εμβόλια κατά την διάρκεια αυτών για αυτό το λόγο κάθε εμβόλιο έχει συγκεκριμένες αντενδείξεις.

- a. Σε εμπύρετες καταστάσεις, οξεία και λοιμώδη νοσήματα.
- b. Σε αλλεργικά και εκζεματικά άτομα όπως τα άτομα που υποφέρουν από βαριές δερματικές παθήσεις. Αυτά τα άτομα δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται στην οξεία φάση της νόσου. Θα πρέπει πρώτα να επιβεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει πρόβλημα με το αντιβιοτικό που τυχόν περιέχει το εμβόλιο. Πριν την χορήγηση του εμβολίου θα πρέπει να εξετάζουν την δερματική αντίδραση με αραιωμένο διάλυμα εμβολίου. Αρκετοί άνθρωποι είναι αλλεργικοί στο αυγό σε ορισμένα αντιβιοτικά και σε ουσίες που χρησιμοποιούνται σαν συντηρητικά των εμβολίων επειδή

όμως υπάρχουν εμβόλια που καλλιεργούνται σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας και η πρωτεΐνη του αυγού προκαλεί αλλεργία δε θα πρέπει να χορηγούνται. Ακόμη για την καθαρότητα του εμβολίου προστίθενται αντιβιοτικά όπως νεομυκίνη και καναμυκίνη που προκαλούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας.

- c. Σε χρόνιες παθήσεις, σε βαριές καταστάσεις νεφρών, αίματος, καρδιάς, ήπατος σε εγκεφαλοπάθειες και σε καταστάσεις εξελικτικής φυματίωσης.
- d. Σε έγκυες γυναίκες τους πρώτους μήνες κύησης αλλά και κατά το τρίμηνο ου προηγείται της εγκυμοσύνης γιατί τα εμβόλια δεν είναι ασφαλή για το έμβρυο. Αντενδείκνυται να εμβολιάζονται με εμβόλια που περιέχουν ζωντανούς εξασθενημένους ιούς και ιδιαίτερα στα εμβόλια της ερυθράς της ιλαράς και της παρωτίτιδας. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ανάπτυξης λοίμωξης κατά την διάρκεια της κύησης για τον λόγο ότι η κυτταρική ανοσία είναι ελαττωμένη. Τα μόνα εμβόλια που επιτρέπονται αν είναι μεγάλη ανάγκη κατά το 2^ο και 3^ο τρίμηνο της κύησης είναι ο αντιτετανικός, αντιδιφθεριτικός, αντιπολεμυελικός και ο αντιχολερικός (είναι εμβόλια με αδρανοποιημένους ιούς και βακτήρια). Σε επιδημία γρίπης η έγκυος πρέπει να εμβολιάζεται με το αντιγριπικό εμβόλιο γιατί αν υπάρξει περίπτωση νόσησης μπορεί να αποβάλει.
- e. Σε ηλικιωμένα άτομα επιτρέπεται μόνο αντιγριπικός και αντιτετανικός, απαγορεύεται ο αντιδιφθεριτικός και ο αντιπαρατυφικός.(Δετοράκης, 2003)

8. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

Πέρα από τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανίζουν μερικοί τύποι εμβολίων υπάρχουν αρκετά θετικά στοιχεία που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας και την μείωση των λοιμωδών νοσημάτων.

Αρχικά χρειάζεται να είναι αποτελεσματικά δηλαδή να εξασφαλίζουν μακροχρόνια ανοσία. Έπειτα να είναι ασφαλή με τις όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες. Ένα από τα θετικά της ανοσοποίησης είναι η προαγωγή της υγείας στην κοινότητα. Επίσης μειώνεται η θνησιμότητα από τα λοιμώδη νοσήματα και αυξάνεται ο μέσος όρος ζωής. Οι λοιμώδης νόσοι τουλάχιστον αυτές που έχουν εμβόλιο ίσως δεν

υπήρχαν εάν δεν υπήρχαν εστίες διασποράς άρα με την μείωση της διασποράς των ασθενειών προάγεται η υγεία των ατόμων. Επιπλέον η νοσηρότητα και η σωματική εξασθένιση προλαμβάνεται και ελαχιστοποιείται. Ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα είναι η μείωση ή ακόμα η εξάλειψη πολλών λοιμωδών νοσημάτων όπως η ευλογιά που μάστιζαν την κοινωνία ως αποτέλεσμα την πρόκληση πολλών θανάτων. Επιπροσθέτως τα πλεονεκτήματα μπορούν να βοηθήσουν και την οικονομία της υγείας επειδή με την ανοσοποίηση οι ημέρες νοσηλείας είναι λιγότερες, η ανάγκη για ακριβές θεραπείες θα μειωθεί και θα ελαχιστοποιηθούν οι μόνιμες αναπηρίες. Πρέπει να τονισθεί ότι η επίτευξη της ανοσίας προστατεύει όχι μόνο τα εμβολιαζόμενα άτομα αλλά και ολόκληρη την κοινότητα. (Τσιλιγκιρογλου 1991)

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Η αποτελεσματικότητα των εμβολίων εξασφαλίζεται με την αντιγονική σύνθεση δηλαδή κατάλληλη επεξεργασία για να διατηρηθεί ζωντανός αλλά ακίνδυνος ο μικροοργανισμός και απλώς να δρα σαν ανάλογο ερέθισμα παραγωγής αντισωμάτων ή να χρησιμοποιηθεί νεκρός αυτός ή τα προϊόντα του ή οι τοξίνες του. Με την κατάλληλη οδό για παράδειγμα υποδόρια όπως ο αντιτετανικός, της ιλαράς και της παρωτίτιδας. Επιπλέον επιτυγχάνεται με την σωστή δόση με το κατάλληλο σχήμα με την προστασία από τις επιπλοκές και τις παρενέργειες με τη σωστή διατήρηση του εμβολίου στο ψυγείο και όχι όμως στην κατάψυξη. Γενικά με τα εμβόλια που περιέχουν νεκρούς μικροοργανισμούς πετυχαίνουμε πιο βραχυπρόθεσμη ανοσία, με τους ζώντες πιο μακροχρόνια. Βασικός εμβολιασμός λέγεται αυτός που εξασφαλίζει στο άτομο μακροπρόθεσμα προστατευτική ανοσία με μικρό μεσοδιάστημα ανάμεσα στις δόσεις (2-12 μήνες). Για να διατηρήσουμε αυτό το προστατευτικό επίπεδο αντισωμάτων κάνουμε αναζωπυρώσεις σε αραιότερα διαστήματα (-10 χρόνια). Έτσι διατηρούμε την πολύτιμη ανοσία για πολλά χρόνια. Οι εμβολιασμοί διαφέρουν όχι σημαντικά βέβαια από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις επιδημιολογικές συνθήκες που επικρατούν. Το σχήμα όμως του βασικού εμβολιασμού δεν αλλάζει συνήθως και πρέπει να γίνεται με τις παρακάτω υποθέσεις. Αρχικά ελάχιστο διάστημα μεταξύ δύο δόσεων τριάντα ημερών γιατί υπάρχει κίνδυνος να μην είναι ικανοποιητική η αναμνηστική αντίδραση σε μικρότερο διάστημα. Αν έχει γίνει κανονικά η τελευταία δόση αλλά καθυστέρησε πολύ η επόμενη δεν αρχίζουμε από την αρχή τον εμβολιασμό γιατί καμία δόση δεν χάνεται απλώς αλλάζει το

σχήμα ανάλογα και με την ηλικία. Επίσης η ηλικία χορήγησης μετά τον δεύτερο μήνα όταν τελειώνουν τα αντισώματα που παθητικά δίνει η μητέρα διαμέσου του πλακούντα στο έμβρυο. Τέλος χρειάζεται διατήρηση των εμβολίων στο ψυγείο στους +2 -10 βαθμούς κελσίου. Χρειάζεται ενημέρωση όλων για τα εμβόλια και κυρίως των γονέων ενημερώνοντας τους χωρίς να τους προκαλούμε διλήμματα για την ωφέλεια ή μη εμβολίων. Η θέση μας πρέπει να είναι κατηγορηματική. Τα εμβόλια πλην εξαιρέσεων είναι αναγκαία.(Τσιλιγκίρογλου, 1991)

ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΟΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

Σε μερικές περιπτώσεις για να λειτουργήσει σωστά η ανοσοποίηση δεν είναι αρκετή μόνο μια δόση από το εμβόλιο. Υπάρχουν εμβόλια που χρειάζονται επαναλαμβανόμενες αναμνηστικές δόσεις έτσι ώστε να δημιουργήσουν αντισώματα στον οργανισμό.

Σύμφωνα λοιπόν με το ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ αυτά είναι μερικά από τα εμβόλια που πρέπει να επαναλάβουμε

Γέννηση: Όταν η μητέρα είναι φορέας της ηπατίτιδας Β χορηγείται αμέσως μετά την γέννηση πρώτη δόση του HepB (νεκρό ανασυνδιασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β). στη περίπτωση αυτή ο εμβολιασμός περιλαμβάνει συνολικά τέσσερις δόσεις αντί για τρεις (η 2η δόση στο τέλος του πρώτου μήνα και η 3η στο τέλος του δεύτερου μήνα). Η 4η δόση γίνεται μετά από 8 έως 16 εβδομάδες.

1ος ΜΗΝΑΣ: Η πρώτη δόση του HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β).

2ος ΜΗΝΑΣ: Η δεύτερη δόση του HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β). Η πρώτη δόση του DTap (Νεκρό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκίτη). Η πρώτη δόση του IPV (Ενέσιμο νεκρό ενισχυμένο εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας) Η πρώτη δόση του Hib (Νεκρό συζευγμένο εμβόλιο κατά του αιμόφιλου τύπου Β).

Η πρώτη δόση του MCC (Νεκρό , συζευγμένο, πολυσακχαρίδιο εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδας C).

Η πρώτη δόση του PCV (Νεκρό συζευγμένο , πολυσακχαριδικό, επταδύναμο εμβόλιο (prevenar) κατά του στρεπτόκοκκου της πνευμονίας. (πνευμονιόκοκκου)). Το εμβόλιο μπορεί να γίνει και σε μεγαλύτερη ηλικία και ιδιαίτερα σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες

αυξημένου κινδύνου. Σε αυτήν την περίπτωση οι επαναληπτικές δόσεις μπορεί να γίνονται και με το 23δύναμο πολυσακχαριδικό μη συζευγμένο εμβόλιο PPV.

4ος ΜΗΝΑΣ:

Η Τρίτη δόση του HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β)

Η δεύτερη δόση του DTap (Νεκρό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκίτη).

Η δεύτερη δόση του IPV (Ενέσιμο νεκρό ενισχυμένο εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας)

Η δεύτερη δόση του Hib (Νεκρό συζευγμένο εμβόλιο κατά του αιμόφιλου τύπου Β).

Η δεύτερη δόση του MCC (Νεκρό , συζευγμένο, πολυσακχαρίδιο εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδας C).

Η δεύτερη δόση του PCV (Νεκρό συζευγμένο, πολυσακχαριδικό, επταδύναμο εμβόλιο (prevenar) κατά του στρεπτόκοκκου της πνευμονίας. (πνευμονιόκοκκου).

6ος ΜΗΝΑΣ:

Η Τέταρτη δόση του HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β)

Η Τρίτη δόση του DTap (Νεκρό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκίτη).

Η Τρίτη δόση του IPV (Ενέσιμο νεκρό ενισχυμένο εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας)

Η Τρίτη δόση του Hib (Νεκρό συζευγμένο εμβόλιο κατά του αιμόφιλου τύπου Β).

Η Τρίτη δόση του PCV (Νεκρό συζευγμένο , πολυσακχαριδικό, επταδύναμο εμβόλιο (prevenar) κατά του στρεπτόκοκκου της πνευμονίας. (πνευμονιόκοκκου)).

Μετά τον 6ο μήνα INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

12ος ΜΗΝΑΣ:

Η Τρίτη δόση του MCC (Νεκρό , συζευγμένο, πολυσακχαρίδιο εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδας C).

Η Τέταρτη δόση του Hib (Νεκρό συζευγμένο εμβόλιο κατά του αιμόφιλου τύπου Β).

Η Τέταρτη δόση του PCV (Νεκρό συζευγμένο , πολυσακχαριδικό, επταδύναμο εμβόλιο (prevenar) κατά του στρεπτόκοκκου της πνευμονίας. (πνευμονιόκοκκου)).

Η πρώτη δόση του VAR (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της ανεμοβλογιάς).

Προληπτικός έλεγχος φυματίωσης με δερμοαντίδραση mantoux

INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

Η πρώτη δόση του MMR (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς)

15ος-18ος ΜΗΝΑΣ:

Η Τέταρτη δόση του DTap (Νεκρό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκίτη).

Αν δεν έχει γίνει προηγουμένως η πρώτη δόση του MMR (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς) πρέπει να γίνει μέχρι τον 15ο μήνα

Αν δεν έχει γίνει προηγουμένως η πρώτη δόση του VAR (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της ανεμοβλογιάς), πρέπει να γίνει μέχρι τον 18ο μήνα, κατά προτίμηση μετά τον 15ο.

BCG (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της φυματίωσης. Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης κατά της φυματίωσης και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για την διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού, ο οποίος εξακολουθεί να γίνεται στην ηλικία των 6 ετών. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως στον εμβολιασμό των παιδιών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου, μετά από προληπτικό έλεγχο φυματίωσης με δερμοαντίδραση mantoux

INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

24ος ΜΗΝΑΣ:

Αν δε έγινε πιο μπροστά το HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β) μπορεί να γίνει μέχρι το 18ο έτος με τις κανονικές του δόσεις

Αν δε έγινε πιο μπροστά το εμβόλιο PCV μπορεί να γίνει και σε μεγαλύτερη ηλικία και ιδιαίτερα σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου. Σε αυτήν την περίπτωση οι επαναληπτικές δόσεις μπορεί να γίνονται και με το 23δύναμο πολυσακχαριδικό μη συζευγμένο εμβόλιο PPV.

INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

4ο-6ο ΕΤΟΣ:

Αν δε έγινε πιο μπροστά το HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β) μπορεί να γίνει μέχρι το 18ο έτος με τις κανονικές του δόσεις

Αναμνηστική δόση του Dtaρ(Νεκρό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας , τετάνου, κοκίτη).

Αναμνηστική δόση του IPV (Ενέσιμο νεκρό ενισχυμένο εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας).

Η δεύτερη δόση του MMR (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς). Μπορεί να γίνει και αργότερα

Το εμβόλιο PCV μπορεί να γίνει και σε μεγαλύτερη ηλικία και ιδιαίτερα σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου. Σε αυτήν την περίπτωση οι επαναληπτικές δόσεις μπορεί να γίνονται και με το 23δύναμο πολυσακχαριδικό μη συζευγμένο εμβόλιο PPV.

INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

11ο-13ο ΕΤΟΣ:

Αν δε έγινε πιο μπροστά το HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β) μπορεί να γίνει μέχρι το 18ο έτος με τις κανονικές του δόσεις

Td (Νεκρό εμβόλιο κατά του τετάνου και της διφθερίτιδας με μικρότερη δόση διφθεριτικής ανατοξίνης). Συνιστάται να γίνεται από την ηλικία των 11-12 ετών και πάνω (ανά 10ετία) και αφού έχουν περάσει τουλάχιστον 5 χρόνια από την τελευταία δόση του εμβολίου DTap. Το εμβόλιο του τετάνου πρέπει να γίνεται μέχρι την ηλικία των 65 ετών.

INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

14ο-18ο ΕΤΟΣ:

Αν δε έγινε πιο μπροστά το HepB (νεκρό ανασυνδυασμένο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β) μπορεί να γίνει μέχρι το 18ο έτος με τις κανονικές του δόσεις

Td (Νεκρό εμβόλιο κατά του τετάνου και της διφθερίτιδας με μικρότερη δόση διφθεριτικής ανατοξίνης). Συνιστάται να γίνεται από την ηλικία των 11-12 ετών και πάνω (ανά 10ετία) και αφού έχουν περάσει τουλάχιστον 5 χρόνια από την τελευταία δόση του εμβολίου DTap. Το εμβόλιο του τετάνου πρέπει να γίνεται μέχρι την ηλικία των 65 ετών.

Η δεύτερη και τρίτη δόση του VAR (Ζων εξασθενημένο εμβόλιο κατά της ανεμοβλογιάς).

INFL (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό ή ακυτταρικό (τμηματικό) εμβόλιο κατά της γρίπης). Συνιστάται να γίνεται ετησίως, και ενδείκνυται μόνο στα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να νοσήσουν σοβαρά από γρίπη.

Hep A (Νεκρό (αδρανοποιημένο) ολοκυτταρικό εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Α). Χορηγείται σε οποιαδήποτε ηλικία άνω των 2 ετών σε 2 δόσεις, με ελάχιστο μεσοδιάστημα 6 μηνών, σε παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου για ηπατίτιδα Α. (Εθνική σχολή δημόσιας υγείας 1929-1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η κυρίαρχη μορφή της δευτερογενούς πρόληψης και πρέπει να αποτελεί τη βάση κάθε εθνικού συστήματος υγείας συγκεντρώνοντας για την υλοποίηση των προγραμμάτων της, σημαντικό αριθμό υγειονομικού προσωπικού και οικονομικών πόρων (Αρβανιτίδου,2009). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει μεγάλο εύρος προληπτικών, διαγνωστικών, θεραπευτικών και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως και δημόσιας υγείας. Από εννοιολογική άποψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι αναγκαία φροντίδα που είναι οικουμενικά προβάσιμη σε ανθρώπους, οικογένειες και την κοινότητα.

Το κίνημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ξεκίνησε το 1977 όταν η 30^η Σύνοδος Υγείας του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας, βρήκε το στόχο που θέλει την υγεία να φτάσει σε τέτοιο επίπεδο το οποίο να επιτρέπει στους πολίτες όλου του κόσμου να ζουν οικονομικά και κοινωνικά παραγωγικές ζωές. Το 1978 στην διεθνή συνδιάσκεψη στην Alma- Ata, στην πρώην Σοβιετική Ένωση(Ρωσία), αποφασίστηκε ο στόχος αυτός να πραγματοποιηθεί μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η απόφαση αυτή , η Διακήρυξη της Alma- Ata έγινε γνωστή με το σύνθημα 'Υγεία για όλους έως το έτος 2002', το οποίο εξέφρασε την επίσημη επιδίωξη υγείας για όλα τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα ,το πρώτο επίπεδο του ιδιωτικού συστήματος φροντίδας υγείας ,παρέχεται σε διαφορά πλαίσια της κοινότητας ,όπως σε ιδιωτικά ιατρεία ,κέντρα επείγουσας φροντίδας ,κέντρα υγείας της κοινότητας και νοσηλευτικά κοινοτικά κέντρα.

Το σύστημα δημόσιας υγείας αντιπροσωπεύει νομούς που έχουν θεσπιστεί σε κεντρικό, περιφερειακό η και τοπικό επίπεδο . Παραδείγματα νομών που θεσπίστηκαν για να προάγουν την υγεία της κοινότητας , είναι ο νομός που καθιστά υποχρεωτική την ανοσοποίηση όλων των παιδιών και ο νομός που επιβάλλει την παρακολούθηση του συστήματος ύδρευσης. Το σύστημα της δημόσιας υγείας είναι οργανωμένο σε πολλαπλά επίπεδα μαζί με κεντρικά περιφερειακά και τοπικά συστήματα. (Stanhope,Lancaster ,2016)

Το πλέγμα των υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου ,της οικογενείας και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και συνθέτει της βασικότερη προϋπόθεση για την εδραίωση της συνέχειας στην φροντίδα υγείας. Βασίζεται στους επαγγελματίες υγείας όλων των κλάδων που οφείλουν να συνεργαστούν ως ομάδα . (WHO , 1992)

Η ολιστική προσέγγιση της υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα πραγματοποιείται μέσω προγραμμάτων και δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής υγείας σε συνεργασία με μονάδες και άλλους επαγγελματίες υγείας. Παραδείγματα ανάπτυξης τέτοιων δραστηριοτήτων είναι οι εμβολιασμοί ,η προσχολική και σχολική υγεία ,η πρόληψη νοσημάτων , η αγωγή υγείας , ο προ συμπτωματικός έλεγχος και ο οικογενειακός προγραμματισμός. (Stanhope,Lancaster ,2016)

Η πρόληψη μπορεί να εφαρμοστεί και να επιτευχθεί σε τρία επίπεδα. Διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη προλαμβάνει την εμφάνιση της νόσου η τραυματισμού . οι δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης είναι δυνατόν να κατευθύνονται σε άτομα η στο περιβάλλον .

Δευτερογενής πρόληψή καλείται η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία μιας νόσου και επιταχύνεται με τα προγράμματα διαλογής και την πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας.

Η τριτογενής πρόληψή έχει ως στόχο τον περιορισμό της ανικανότητας και την αποκατάσταση από κάποια νόσο. Στην τριτογενή πρόληψη δίνεται έμφαση στις υπόλοιπες εναπομείνασες δυνατότητες ενός ατόμου και γίνεται προσπάθεια να διατηρηθεί η ζωή του όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική.

Και τα τρία επίπεδα πρόληψης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο των δυσμενών επιπτώσεων από μια και μόνο νόσο. Για παράδειγμα όταν ένα άτομο το οποίο νοσεί από λοιμώδες και μεταδοτικό νόσημα όπως η φυματίωση (δευτερογενής πρόληψη) ,συγχρόνως επιτελείται και πρωτογενής πρόληψη διότι παρεμποδίζεται η μετάδοση της σε άλλα άτομα. Ο πληθυσμός με τον οποίο ασχολείται η Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική κατά βάση είναι υγιής πληθυσμός. Η διαδικασία όμως η οποία εφαρμόζεται ώστε να διατηρηθεί υγιής αυτός ο πληθυσμός μερικές φορές χρησιμοποιεί τεχνικές οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν νόσο. Οι εμβολιασμοί οι οποίοι

προλαμβάνουν πολλά νοσήματα και θανάτους , μερικές φορές έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες. (Αρβανιτίδου , 2009)

2. Ο ορισμός και η αποστολή της δημόσιας υγείας

Δημόσια Υγεία είναι η εφαρμογή των τεχνικών της προληπτικής Ιατρικής σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Ως Δημόσια Υγεία ορίζονται εκείνες οι δραστηριότητες των κυβερνητικών δομών, οι οποίες βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας στην κοινότητα ή των ατόμων στην κοινότητα. Η αποστολή της Δημόσιας Υγείας είναι να διασφαλιστεί το ενδιαφέρον της κοινωνίας για εκείνες τις καταστάσεις στις οποίες οι άνθρωποι θα είναι υγιείς. Για να επιτευχθεί αυτή η αποστολή πρέπει να πληρούνται ορισμένα κριτήρια:

1. Οι προσπάθειες για πρόληψη των νόσων και προαγωγή της υγείας πρέπει να βασίζονται σε επιστημονική και σε τεχνική γνώση.
2. Οι δραστηριότητες της Δημόσιας Υγείας πρέπει να αντανακλούν τις αξίες της κοινότητας και να διασφαλίζουν την συγκατάθεση των ατόμων.

Η ευθύνη για την εκπλήρωση της αποστολής για την εφαρμογή της Δημόσιας Υγείας είναι κρατική, διενεργείται σε όλα τα επίπεδα της Διοίκησης μιας χώρας και πρέπει να έχει ως απαραίτητα συστατικά την εκτίμηση, την ανάπτυξη πολιτικής και τη διασφάλιση των στόχων :

1. Εκτίμηση είναι η συστηματική συλλογή και ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων τα οποία περιγράφουν την κατάσταση της υγείας στην κοινότητα, τις ανάγκες της, αλλά και για επιδημιολογικές μελέτες προβλημάτων υγείας.
2. Η ανάπτυξη πολιτικών πρέπει να στηρίζεται στο επίπεδο της επιστημονικής και τεχνικής γνώσης σε δημόσιες αξίες και γνώση της κοινής γνώσης.
3. Στη διασφάλιση οι φορείς Δημόσιας Υγείας πρέπει να διασφαλίζουν ότι εκπληρώνονται οι στόχοι και οι σκοποί οι οποίοι έχουν τεθεί από τις αντίστοιχες υπηρεσίες. (Αρβανιτίδου , 2009)

3. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η νοσηλευτική δημόσιας υγείας ορίζεται ως η πρακτική προστασίας και της προαγωγής υγείας πληθυσμών χρησιμοποιώντας γνώσεις από τις επιστήμες της

νοσηλευτικής , της κοινωνιολογίας και της δημόσιας υγείας. Οι νοσηλευτές κοινοτικής υγείας σε τοπικό επίπεδο παρέχουν άμεσες υπηρεσίες , πολύ συχνότερα από ότι αυτό συμβαίνει σε οποιοδήποτε άλλο επίπεδο διακυβέρνησης. Κάποιοι νοσηλευτές παρέχουν ειδικές η επιλεγμένες υπηρεσίες όπως οι κλινικές ανοσοποίησης ανήλικων ενώ άλλοι εκτελούν καθήκοντα γενικά όπως η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών σε οικογένειες. Αυτή η μέθοδος παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών προϋποθέτει την ύπαρξη πιο εκτεταμένων αναγκών και μιας ευρύτερης ποικιλίας νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Σε τοπικό επίπεδο δίνεται συχνά η ευκαιρία στους νοσηλευτές να αναλάβουν σημαντικούς ρόλους. (Stanhope ,Lancaster ,2016)

4. Αξία της πρόληψης και μείωση της νοσηρότητας

Τα λοιμώδη νοσήματα εξακολουθούν ακόμη και σήμερα να αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας παρά τις μεγάλες προόδους που έγιναν στον τομέα της εξυγιάνσεων του περιβάλλοντος και την άνοδο του βιοτικού επιπέδου στις προηγμένες χώρες του κόσμου. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1940, η ανακάλυψη και η ευρεία χρήση των αντιβιοτικών θεωρήθηκε ότι θα μπορούσε να εξαλείψει τα λοιμώδη νοσήματα. Όμως πολύ γρήγορα έγινε φανερό ότι η προσδοκία αυτή δεν δικαιώθηκε και η παλιά τακτική της αντιμετώπισης του προβλήματος με προληπτικό εμβολιασμό ενισχύθηκε και συμπληρώθηκε με προληπτικό εμβολιασμό ενισχύθηκε και συμπληρώθηκε με νέα εμβόλια, πιο αποτελεσματικά για περισσότερα νοσήματα και με λιγότερες παρενέργειες.

Δεν υπάρχουν εμβόλια για όλα τα νοσήματα, αλλά υπάρχουν αρκετά νοσήματα που πλήττουν κυρίως την παιδική ηλικία. Αν αυτά τα εμβόλια χορηγηθούν με σωστό προγράμματα μπορούν να ελαττώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των παιδιών ή ακόμα και να εξαφανιστούν ένα νόσημα από τον πληθυσμό όπως η ευλογία.

Η γενική πολιτική για την ανοσοποίηση του πληθυσμού πρέπει να κατευθύνεται τόσο στα βρέφη και τα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Όμως, ενώ η ανοσοποίηση αποτελεί εφαρμογή ρουτίνας δεν αντιμετωπίζεται με την ίδια προσοχή στην ιατρική πρακτική που αφορά μεγαλύτερα άτομα. Έτσι ενώ τα μαζικά προγράμματα εμβολιασμού στην παιδική ηλικία έχουν σε μεγάλο βαθμό ελαττώσει τα κρούσματα πολλών λοιμωδών

νοσημάτων, ένα σημαντικό ποσοστό από τις εμφανιζόμενες περιπτώσεις αφορά σήμερα εφήβους και ενήλικες.

Επιπλέον η επιδημιολογική εικόνα ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν με εμβόλια όπως η λύσσα, ο τέτανος ή η ηπατίτιδα Β, υποδεικνύει ότι άτομα ορισμένων ηλικιών, επαγγελματιών ή τρόπους ζωής είναι δυνατό να αντιμετωπίσουν σοβαρότερα προβλήματα. Επομένως τα προγράμματα ανοσοποίησης μιας χώρας θα πρέπει να καθορίζονται με βάση όλους τους προηγούμενους παράγοντες και όχι μόνο ανάλογα την ηλικία. (Τριχοπούλου, Τριχόπουλος 1986)

Διαφορές στα ποσοστά εμβολιασμού υπάρχουν μεταξύ παιδιών διαφορετικών φύλων και εθνικοτήτων, διαφορετικού εισοδήματος, κράτους, ειδών εμβολιασμού και μεταξύ του εφήβων και μικρότερων παιδιών. Σε κάθε επίσκεψη στον ιατρό, η καταγραφή των εμβολιασμών πρέπει να ελέγχεται και οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται ώστε τα εμβόλια να γίνονται στο χρόνο τους ενισχύοντας το στόχο << Υγιείς Άνθρωποι 2010>> που είναι να έχει εμβολιαστεί το 90% των παιδιών ηλικίας έως δύο ετών. (Hockenberry, Wilson, 2011).

Οι εμβολιασμοί συγκαταλέγονται στα επιτυχέστερα μέσα που υπάρχουν για την πρόληψη της νοσηρότητας. Συμβάλλουν σημαντικά στη συνεχή δικαίωση της προληπτικής ιατρικής επειδή προστατεύουν τα εμβολιαζόμενα άτομα από την δυνητική ανάπτυξη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων και μειώνουν τη διασπορά των λοιμώξεων στην ευρύτερη κοινότητα με το μηχανισμό της συλλογικής ανοσίας.

Ο επιτυχής εμβολιασμός κατά της ευλογίας εξαφάνισε το νόσημα από τον πλανήτη και έδωσε το μήνυμα της αισιοδοξίας για παρόμοιους θριάμβους, που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν στην αντιμετώπιση άλλων προβλέψιμων με εμβολιασμούς νοσημάτων. Σήμερα πολλές χώρες είναι σε θέση να οραματίζονται μια ρεαλιστική προοπτική εξάλειψης αρκετών λοιμωδών νοσημάτων από την περιοχή τους. Οι ΗΠΑ και οι Σκανδιναβικές χώρες πιστεύουν ότι θα εξαφανίσουν την ερυθρά ενώ η Σουηδία και η Φιλανδία στοχεύουν επιπλέον να εξαφανίσουν και την παρωτίδα. Ακόμη η Ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ έβαλε στόχο την εξαφάνιση της διφθερίτιδας και του νεογνικού τετάνου. Το 1985 ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας εκπροσωπώντας τις χώρες της Αμερικάνικης Ηπείρου έθεσε ως στόχο την εξάλειψη της μετάδοσης της πολιομυελίτιδας, ενώ σε προσπάθεια για την εξάλειψη τόσο της ιλαράς όσο και της πολιομυελίτιδας. (Κακλαμάνη , Φραγκούλη , 1994)

5. Ηθικές και νομικές διαστάσεις – νομοθεσία απέναντι στην ανοσοποίηση:

Το ζήτημα του εμβολιασμού είναι ατομικό αλλά σαφώς εμπεριέχει φιλοσοφικές και ηθικές παραμέτρους που αφορούν συνολικότερα κοινωνικά φαινόμενα και αξίες. Ως αρνητές των εμβολιασμών συνήθως βρίσκουμε μερικές θρησκευτικές ομάδες, τους οπαδούς της Ομοιοπαθητικής ή άτομα που δεν έχουν ακριβώς αρνητική στάση απλά μικρή πρόσβαση στην ενημέρωση και τις υπηρεσίες υγείας. (ILLICH,2010).

Ο φιλοσοφικός σκεπτικισμός για το θέμα της αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων συνίσταται συνοπτικά στην άποψη ότι ο περιορισμός τους οφείλεται όχι στις ιατρικές παρεμβάσεις , αλλά κυρίως στη βελτίωση των συνθηκών ζωής η και από την αλλαγή του χαρακτήρα των νοσημάτων και της σχέσης των μικροβίων με τον οργανισμό μας. Η ομοιοπαθητική θα μπορούσε να υποθέσει κάνεις ότι η φιλοσοφία της δεν απέχει από αυτήν του εμβολιασμού , τηρεί μια τακτική άρνησης με μικροαλλαγές ανάλογα τον θεράποντα. Στο οπλοστάσιο των επιχειρημάτων των αμφισβητιών βρίσκονται συχνά οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι κίνδυνοι διάφορων εμβολίων. Από την άλλη έχουμε τις νομοθετικές κάθε φορά ρυθμίσεις από την πολιτεία που οφείλει εν πολλοίς πάρα τον σεβασμό του ατόμου , να προασπίζει το συμφέρον του συνόλου των μελών της , ακόμα και περιορίζοντας βραχυπρόθεσμα την παραπάνω ελευθέρια και όχι μόνο με τους εμβολιασμούς αλλά και με αλλά μετρά όπως η απαγόρευση κάποιων εξαρτησιογόνων ουσιών. Καταλήγουμε σε ένα σύστημα διαβάθμισης του σχετικού κίνδυνου και οφέλους , τόσο ατομικά όσο και συλλογικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή η σχετικότητα κάνει το νομικό πεδίο να είναι θολό. (ILLICH,2010).

Το κυρίαρχο πνεύμα είναι η αναγκαιότητα ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ενδιαφερόμενου. Όταν πρόκειται για ανήλικα, ο συγκατατιθέμενος είναι ο γονέας και δεν δικαιολογείται παράβαση της επιθυμίας του, όταν ο κίνδυνος είναι σχετικά μικρός. Αν όμως είναι μεγάλος, ο νόμος μπορεί να δικαιολόγηση την παρέμβαση από υγειονομικούς παράγοντες επεκτείνοντας ερμηνευτικά το νομοθέτημα που αφορά άλλες επείγουσες για τη ζωή καταστάσεις του παιδιού όπου με διάταγμα εισαγγελικό παραβιάζεται η πιθανή άρνηση των γονέων.

Σήμερα στην Ελλάδα η υποχρεωτικότητα των εμβολιασμών παίρνει την μορφή της υποχρέωσης προσκόμισης πλήρους βιβλιαρίου εμβολίων του παιδιού για την εγγραφή του στο σχολείο.

Στην Αμερική προβλέπετε επίσης η μη εγγραφή ή η αποβολή των ανεμβολίαστων παιδιών από τη σχολική κοινότητα με αποδεκτές εξαιρέσεις όπως ιατρικούς λόγους. Στην Αγγλία από το 1948 δεν υπάρχει υποχρεωτικότητα στους εμβολιασμούς, όμως το ποσοστό των εμβολιασμών παραμένει υψηλό με κάποιες διαφοροποιήσεις ανάλογες με την αποδοχή κάθε συγκεκριμένου εμβολίου από την κοινή γνώμη. (ILLICH,2010).

Τα κατά καιρούς περιστατικά μαζικών παρενεργειών από εμβολιασμούς έκαναν διάφορα κράτη να θεσπίσουν συστήματα εθνικής αποζημίωσης για βλάβη ή θάνατο από εμβόλιο, με τη λογική ότι υπάρχει κυβερνητική ευθύνη στις περιπτώσεις που δεν αποδεικνύεται η ευθύνη του παρασκευαστή. Το 1986 η Αμερική νομοθέτησε επίσης Εθνικό Πρόγραμμα Αποζημίωσης και ένα σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς των παρενεργειών. (Νικολόπουλος, 2000)

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει τέτοιο σύστημα και η στοιχειοθέτηση πιθανής ευθύνης αφορά ατομικές μόνον πιθανές αγωγές και αυτή θα στηριχτεί στις διατάξεις του γενικού δικαίου. Αν υπήρχε συγκατάθεση του ενδιαφερόμενου και ο γιατρός ενήργησε *lege artis*, σε στοιχειοθετείτε ευθύνη. Οι ορισμοί της *lege artis* άσκησης του καθήκοντος του και της αμέλειας είναι σχετικοί και εν πολλοίς γενικόλογοι. Αμέλεια στοιχειοθετεί και η μη ενημέρωση καθώς και η μη επιμελής καθαυτή ιατρική πράξη. Αν οι παρενέργειες φανούν ότι οφείλονται στην κατασκευαστική εταιρία, οφείλει αυτή να αποζημιώσει τον παθόντα σύμφωνα με τη νομοθεσία περί υποχρέωσης ασφάλειας του καταναλωτή. (Παπαευαγγέλου, 2009).

6. Ελληνική πραγματικότητα

Οι εμβολιασμοί αποτελούν τα επιτυχέστερα μέσα που διατίθενται για την πρόληψη της νοσηρότητας. Η ενεργητική ανοσοποίηση, την οποία επιφέρουν οι εμβολιασμοί, όχι μόνο οδηγεί στην προστασία των εμβολιαζόμενων αλλά και επιδρά στο σύνολο του πληθυσμού μέσω του φαινομένου της συλλογικής ανοσίας (*herd immunity*) (Παναγιωτόπουλος και συν 2006).

Στην Ελλάδα οι εμβολιασμοί γίνονται σε δημόσιους φορείς όπως είναι τα κέντρα υγείας, τα αγροτικά ιατρεία, κέντρα του ΠΙΚΠΑ καθώς και σε σταθμούς μητέρας-παιδιού του ΙΚΑ. Μπορούν επίσης να πραγματοποιηθούν σε άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς και σε ιδιώτες παιδίατρος. Στο βιβλιάριο υγείας του παιδιού τηρούνται στοιχεία για την

εμβολιαστική κάλυψη τους καθώς και σε έντυπα που καταγράφουν διάφορες υπηρεσίες ή ιδιώτες ιατροί. Κατά την είσοδο ενός παιδιού σε δημόσιο βρεφονηπιακό σταθμό γίνεται έλεγχος για την εμβολιαστική κάλυψη όπως επίσης και κατά την είσοδο του στην Α' τάξη του δημοτικού και στην Α' τάξη του γυμνασίου.

Οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες εκδίδουν μια ετήσια αναφορά για την ανοσοποιητική κατάσταση του πληθυσμού τους, κάτι το οποίο δεν ισχύει για την Ελλάδα. Στη χώρα μας δε γίνεται συνεχή και συστηματική καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού, ενώ τα διαθέσιμα δεδομένα παρέχονται από κατά τόπους μελέτες που έχουν χαρακτήρα αδρής προσέγγισης, κυρίως λόγω μεθοδολογικών περιορισμών και δε δίνουν συγκρίσιμα μεταξύ τους αποτελέσματα. Η κεντρική κυβέρνηση συλλέγει στοιχεία για τους εμβολιασμούς, που γίνονται μόνο στους κρατικούς φορείς, 4,6% του Ι.Κ.Α. και περίπου 18% στα Κέντρα Υγείας, ενώ είναι γνωστό ότι οι υπόλοιποι γίνονται από τους ιδιώτες παιδίατρους, οι οποίοι δεν είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν το Υπουργείο, ενώ η αντιπροσωπευτικότητα στις καταγραφές των Παιδιατρικών Κλινικών και των Κέντρων Υγείας ελέγχεται αφού αυτές αφορούν σε νοσηλευόμενα παιδιά ή σε εκείνα που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία (Νούλα και συν 2008)

Από την εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα βρέθηκε ότι η εμβολιαστική κάλυψη στη χώρα μας σε γενικές γραμμές είναι πολύ υψηλή. Προβλήματα υπάρχουν σε συγκεκριμένα εμβόλια και δόσεις, όπως είναι η 2η δόση του εμβολίου MMR, και σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Η κάλυψη των παιδιών που ανήκουν σε οικογένειες μεταναστών είναι καλή ή μέτρια ενώ των παιδιών που ανήκουν σε οικογένειες Ελλήνων τσιγγάνων είναι μέτρια ή χαμηλή. Ωστόσο συγκριτικά με την Ευρώπη, ο παιδικός πληθυσμός της Ελλάδας είναι επαρκώς εμβολιασμένος, με τα ποσοστά να υπερéχουν του μέσου όρου των χωρών της Ευρώπης (Παναγιωτόπουλος και συν, 2013)

Η χώρα μας δέχεται τα τελευταία χρόνια μαζική εισροή προσφύγων και μεταναστών. Τον Μάρτιο του 2016 δημιουργήθηκε ένα πλαίσιο στο οποίο οργανώθηκαν εμβολιασμοί στα παιδιά που μένουν σε χώρους διαμονής προσφύγων/μεταναστών. Το πρόγραμμα περιελάμβανε εμβόλια για 10 νοσήματα και χορηγήθηκαν περισσότερες από 30.000 δόσεις. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017)

7. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή

Η σχολική νοσηλευτική ξεκίνησε το 19^ο αιώνα στην Ευρώπη με ιατρικές επιθεωρήσεις σε παιδιά στα σχολεία της Γαλλίας. Το 1982 η σχολική νοσηλευτική ξεκίνησε στην Αγγλία με σκοπό τον έλεγχο διατροφής των παιδιών. (Gardner,1916). Η ιατρική εξέταση όμως δεν ήταν επαρκή για τα υπάρχον προβλήματα οπότε έπρεπε να υπάρξει μια ολιστική προσέγγιση στην υγιεινή των παιδιών. Ενσωματώθηκε λοιπόν η αγωγή υγείας στο πρόγραμμα μαθημάτων. Αρχικά ξεκίνησε με τη σχολική νοσηλεύτρια να διδάσκει για 3-5 λεπτά βασικά θέματα όπως η σωματική υγιεινή, το βούρτσισμα των δοντιών κτλ. Τελικώς η αγωγή υγείας προστέθηκε σαν ξεχωριστό μάθημα και σχεδιαζόταν από τη σχολική νοσηλεύτρια και το καθηγητή (Gardner 1926, Wold & Dagg 1981). Το 1985 έγινε η έναρξη της σχολικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Σήμερα η σχολική νοσηλευτική λειτουργεί μόνο σε σχολεία ειδικής αγωγής με μαθητές ηλικίας 4-22 ετών. Όσο αφορά τα ιδιωτικά σχολεία η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή έγκειται στην ευχέρεια των ιδρυμάτων.

Η σχολική νοσηλευτική είναι ένας εξειδικευμένος κλάδος. Πληθυσμός της είναι τα παιδιά, οι οικογένειες τους καθώς και ολόκληρη η κοινότητα. Τα παιδιά και οι έφηβοι αντιμετωπίζουν ολοένα και περισσότερες προκλήσεις σχετικά με την υγεία τους. Κάποιες από αυτές τις προκλήσεις είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η βία, τα ναρκωτικά και η ριψοκίνδυνη οδήγηση.

Ο σχολικός νοσηλευτής οφείλει να εκτιμήσει το επίπεδο υγείας με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία, να διερευνήσει την επάρκεια των κοινοτικών πηγών και να αξιολογήσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Με βάση αυτή την εκτίμηση, σχεδιάζει και τα προγράμματα υγείας που χρήζει αναγκαία για τη κοινότητα.

Ο σχολικός νοσηλευτής αναλαμβάνει πληθώρα ρόλων. Πέρα από το παραδοσιακό, που είναι η άμεση παροχή φροντίδας υγείας είτε σε παιδί είτε σε μέλος του προσωπικού του σχολείου, ο νοσηλευτής έχει και το ρόλο του εκπαιδευτή. Η αγωγή υγείας είτε είναι προγραμματισμένη και πραγματοποιείται σε συγκεκριμένες μέρες και ώρες είτε είναι περιστασιακή και διδάσκει την αντιμετώπιση σε διάφορα επείγοντα και έκτακτα θέματα που αφορούν το σχολικό πληθυσμό.

Παρομοίως είναι και ο ρόλος του σαν σύμβουλος εφόσον μπορεί να αποτελέσει πρόσωπο εμπιστοσύνης για τα παιδιά στον οποίο μπορούν και εκμυστηρευτούν σημαντικά μυστικά. Σαν σύμβουλος ο νοσηλευτής επικοινωνεί με κάθε μαθητή, τον ενημερώνει σε περίπτωση κάποιου οξέως ή χρόνιου προβλήματος και του προσφέρει υποστήριξη.

Διαδραματίζει επίσης και το ρόλο του υπεύθυνου αντιμετώπισης περιστατικών, με το να συμβάλλει στο συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με σύνθετα προβλήματα υγείας. Αυτά τα προβλήματα υγείας μπορεί να είναι η αναπηρία ή κάποια χρόνια πάθηση και να χρήζουν άλλους επαγγελματίες υγείας όπως φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή ή και ψυχολόγο. Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να καθορίσει με τους γονείς το πρόγραμμα των επισκέψεων του παιδιού ώστε να μην επηρεάζουν τις σχολικές δραστηριότητες.

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί και να έχει το ρόλο του εμπειρογνώμονα και να προτείνει αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον ώστε να γίνει ασφαλέστερο μέρος για τα παιδιά.

Τα τρία επίπεδα πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια) ανέκαθεν αποτελούσαν ευθύνη της φροντίδας υγείας στα σχολεία (Wold και Dogg, 2001). Στην πρωτοβάθμια πρόληψη ο σχολικός νοσηλευτής παρεμποδίζει τους τραυματισμούς στη παιδική ηλικία και τη συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών. Μειώνει το κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων και καταγράφει τη κατάσταση εμβολιασμών των παιδιών. Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά τη φροντίδα σε τραυματισμένους μαθητές καθώς και το υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου. Θα πρέπει να υπάρχει στο σχολικό χώρο εξοπλισμός έκτακτης ανάγκης και φαρμακευτική αγωγή. Στη τριτοβάθμια πρόληψη ο σχολικός νοσηλευτής εργάζεται με παιδιά που αντιμετωπίζουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας ή έχουν ειδικές ανάγκες.

Στο πρόγραμμα Υγιείς Άνθρωποι 2010 ο στόχος 7-4 προβλέπει ότι πρέπει να αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής για κάθε 750 παιδιά σε κάθε σχολείο. (Αμερικάνικο Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, 2000). Ο στόχος αυτός δεν έχει επιτευχθεί στα περισσότερα σχολεία, με αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να αναλαμβάνει πολλές ευθύνες και να μην έχει τη δυνατότητα να προσφέρει τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που έχουν ανάγκη οι μαθητές.

8. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στη κοινότητα

Ο βασικός στόχος του νοσηλευτή που εργάζεται στη κοινότητα είναι η προαγωγή, η διατήρηση και η αποκατάσταση υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων. Χρησιμοποιεί συχνά την εκπαίδευση υγείας σχετικά με τα 3 επίπεδα πρόληψης: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια (Edelman και Faïn,1998). Η εκπαίδευση καθιστά ικανά τα άτομα να παίρνουν συνειδητοποιημένες αποφάσεις να προλαμβάνουν, να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.

Στη πρωτοβάθμια πρόληψη η εκπαίδευση υγείας αφορά τους εμβολιασμούς των παιδιών, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις και τους ηλικιωμένους. Στη δευτεροβάθμια πρόληψη συμβάλει στην έγκυρη διάγνωση και στο προληπτικό έλεγχο που γίνεται στα κέντρα υγείας. Καθώς και στην εκμάθηση του ασθενή στο νοσοκομείο και κατ' οίκον για τη πρόληψη τυχόν επιδείνωσης της νόσου. Τέλος στη τριτοβάθμια πρόληψη που αφορά την αποκατάσταση ο νοσηλευτής παρέχει γνώση και φροντίδα στον ασθενή.

Ο νοσηλευτής - εκπαιδευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις γενικές, ειδικές και παιδαγωγικές, δεξιότητες επικοινωνίας αλλά και θέληση για την άσκηση της αγωγής υγείας. Η διάθεση, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, η υπομονή, η ενεργητικότητα, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή - εκπαιδευτή.

Τα πέντε βήματα της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι ο εντοπισμός των εκπαιδευτικών αναγκών, ο καθορισμός των εκπαιδευτικών στόχων, η επιλογή κατάλληλων εκπαιδευτικών μεθόδων, η εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού σχεδίου και η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και του αποτελέσματος της (Stanhope,Lancaster ,2016).

Οι νοσηλευτές ενημερώνονται για τις εκπαιδευτικές ανάγκες υγείας από τους πελάτες τους, διενεργώντας μια συστηματική και πλήρη αξιολόγηση αυτών των αναγκών (Bartholomew et al). Αφού εντοπιστούν οι ανάγκες, κατατάσσονται με σειρά προτεραιότητας και οι πιο σημαντικές καλύπτονται πρώτες (Wolf, 2001). Στη συνέχεια καθορίζονται οι στόχοι και τα αντικείμενα του εκπαιδευτικού προγράμματος. Οι στόχοι του προγράμματος πρέπει να απευθύνονται στις συνολικές εκπαιδευτικές ανάγκες του πελάτη (Knowles, Holton και Swanson, 1998 (,)Rankin και Stallings ,1996(,) Wolf, 2001)

και αποτελούν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Τα αντικείμενα αποτελούν βραχυπρόθεσμα κριτήρια που πρέπει να επιτευχθούν ώστε να πραγματοποιηθεί ο βραχυπρόθεσμος στόχος.

Η επιλογή των κατάλληλων εκπαιδευτικών μεθόδων είναι σημαντική. Πρέπει να προσαρμόζονται στις δυνατότητες και ανάγκες των πελατών. Συνήθως ο απλούστερος και πιο λακωνικός τρόπος παρουσίασης είναι και ο καλύτερος. Κατά την επιλογή των μεθόδων ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του πελάτη, το μέγεθος της ομάδας και τη δυνατότητα πρόσβασης του στη πληροφορία.

Για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος είναι βασική η στήριξη του από διοικητές και πολιτικές δυνάμεις (Edelman και Fain, 1998). Ο νοσηλευτής ελέγχει καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος τη κάθε μέθοδο και στρατηγική, τη πιο κατάλληλη στιγμή και με το πιο σωστό τρόπο. Να συντονίζει και να ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τη ροή της παρουσίασης. Επίσης να διατηρεί τη λογική συσχέτιση των υλικών με το βασικό θέμα και τους συνολικούς στόχους του προγράμματος (Knowles, 1990).

Τέλος η αξιολόγηση του αποτελέσματος συνιστάται στην εκτίμηση της επιτυχίας των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων και αντικειμένων που σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας και την προαγωγή αλλαγών στη συμπεριφορά. (Stanhope, Lancaster, 2016).

9. Διεθνής εμπειρία

Η ανοσοποίηση αποτρέπει περίπου 2 έως 3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως από διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη και ιλαρά. Θα μπορούσαν να αποφευχθούν επιπλέον 1,5 εκατομμύρια θάνατοι εάν βελτιωθεί η εμβολιαστική κάλυψη σε παγκόσμιο επίπεδο. Ωστόσο, υπάρχουν 24 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως που δεν έχουν ανοσοποιηθεί ποτέ στη ζωή τους είτε έχουν ανοσοποιηθεί μερικώς (WHO, UNICEF & World Bank 2009). Έχει υπολογισθεί ακόμη πως 2,4 εκατομμύρια θάνατοι παιδιών ηλικίας μέχρι 5 ετών προλαμβάνονται με εμβολιασμό, κυρίως σε χώρες της Αφρικής και της Ασίας (Mandip & Newella 2008).

Σε κάθε χώρα παγκοσμίως, προκειμένου να υπάρχει μια ενιαία πολιτική εμβολιασμών (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών) ορίζεται ένα χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών, που προγραμματίζεται από την πολιτεία, σύμφωνα με τις τρέχουσες επιδημιολογικές συνθήκες και τις διεθνείς οδηγίες (Κανακούδη , 2005). Τα ίδια είδη εμβολίων τείνουν να συστήνουν οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Οι διαφορές συνήθως υπάρχουν στους τύπους εμβολίων, στις ηλικίες κατά τις οποίες συνιστώνται τα εμβόλια, τον αριθμό δόσεων και τα είδη των εμβολίων που συνιστώνται για τις ειδικές ομάδες.

Το 2005 συστάθηκε από τον ΠΟΥ σε συνεργασία με την UNICEF το πρόγραμμα Global Immunization Vision and Strategy (GIVS). Ο στόχος του προγράμματος ήταν να σωθούν έως το 2015, όσο το δυνατόν περισσότεροι άνθρωποι από ασθένειες που προλαμβάνονται μέσω των εμβολιασμών, παρέχοντας βοήθεια στις κυβερνήσεις των κρατών (WHO, 2005). Η επιτυχία του προγράμματος ήταν τόσο μεγάλη που οδήγησε στη δημιουργία του Global Vaccine Action Plan 2011-2020 (GVAP). Οι πρώτες εκτιμήσεις θεώρησαν ότι πάνω από 25 εκατομμύρια άνθρωποι θα σωθούν έως το 2020. Οι τέσσερεις βασικοί στόχοι του GVAP είναι η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας έως το 2020, η επίτευξη των στόχων κάθε χώρας στο κομμάτι των εμβολιασμών, η εξάλειψη ασθενειών σε διάφορες χώρες και η ανάπτυξη νέων τεχνικών για τη δημιουργία καινούριων εμβολίων (WHO, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η κοινωνία έχει διχασθεί, οι άνθρωποι έχουν χωρισθεί σε κατηγορίες. Υπάρχει η κατηγορία ανθρώπων που θεωρούν πως τα εμβόλια είναι σημαντικά στη ζωή μας και ότι αποτρέπουν πολλών ειδών ασθένειες και υπάρχουν άτομα που πιστεύουν πως τα εμβόλια δεν προσφέρουν καμία βοήθεια στον οργανισμό του ανθρώπου. Τέλος άλλη μια ομάδα ατόμων είναι αυτοί που είναι ουδέτεροι στις απόψεις τους και επιλέγουν να εμβολιασθούν με τα εμβόλια που θεωρούν απαραίτητα για τον οργανισμό τους.

1. Θετικές πεποιθήσεις απέναντι στους εμβολιασμούς.

Τα εμβόλια έχουν βοηθήσει σε σημαντικό βαθμό στη μείωση λοιμογόνων ασθενειών, έχουν αυξήσει το όριο και την ποιότητα ζωής. Μέχρι το 2001 το ποσοστό θανάτων είχε μειωθεί με ποσοστό 61% από την ιλαρά, 69% από τον τέτανο, 78% από τον κοκίτη, 94% από την διφθερίτιδα και 98% από την πολιομυελίτιδα. Η επίτευξη ανοσίας δεν προστατεύει μόνο τα άτομα που έχουν εμβολιασθεί αλλά όλη την κοινότητα, συνεπώς τα εμβόλια δεν έχουν βοηθήσει τον άνθρωπο σαν άνθρωπο αλλά γενικά τους ανθρώπους σαν κοινωνικό σύνολο.(Φράγκου 2016)

Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές γνωρίζουν ότι ο εμβολιασμός προφυλάσσει τους ίδιους από λοιμώδη νοσήματα, τα συγγενικά τους πρόσωπα αλλά και τους ασθενείς που είναι ευάλωτοι στα μεταδιδόμενα νοσήματα.(Χατζηγεωργίου 2010)

2. Αρνητικές πεποιθήσεις απέναντι στους εμβολιασμούς.

Λόγω της μεγάλης δεκτικότητας που υπήρξε με την μέθοδο του εμβολιασμού κατά της ευλογιάς ξεκίνησε ένα αντι-εμβολιαστικό κίνημα. Το 1879 ιδρύθηκε κιάλας η πρώτη αντι-εμβολιαστική εταιρία στην Αμερική. Έτσι όπως υπήρχε η δεκτικότητα στον εμβολιασμό έτσι υπήρχαν και ομάδες ανθρώπων που ήταν εναντίον του. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα έγινε και η επανάσταση του εμβολίου (La Revolta da Vacina) στο Ρίο ντε Τζανέιρο. Όλα αυτά συνέβησαν διότι υπήρχε άγνοια για το τι προσφέρουν τα εμβόλια. Ακόμη υπήρχαν άνθρωποι που ασκούσαν εναλλακτικές μεθόδους ιατρικής οπότε είχαν οικονομικά κίνητρα τα οποία θα έχαναν. Επίσης ο φόβος για τις επιπλοκές και για το

άγνωστο της διαδικασίας ήταν ακόμη ένας λόγος που δεν ήθελαν να εμβολιασθούν (Χατζηγεωργίου 2010). Τα εμβόλια έχουν θεωρηθεί μη αναγκαία και μη ασφαλή από έναν σημαντικό αριθμό ατόμων. Στις Η.Π.Α. το 40% των γονέων έχει εκτιμηθεί ότι έχει αρνηθεί ή έχει αρνήσει τον εμβολιασμό των παιδιών τους λόγω πολιτισμικών πεποιθήσεων ή λόγω έλλειψης γνώσεων πάνω στο αντικείμενο.(Φράγκου, 2016)

Ένας ακόμη αρνητικός παράγοντας που ενισχύει τα αντι-εμβολιαστικά κινήματα είναι οι θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις που αποτελούν ισχυρό επιχείρημα στην άρνηση του εμβολιασμού. (Χατζηγεωργίου, 2010).

3. Έρευνες που αφορούν τα εμβόλια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

- Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και έλαβαν μέρος ιατροί από ποικίλες ειδικότητες για το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Β προκύπτει ότι το 78,8% επέλεξε τον μαζικό εμβολιασμό, το 20% τον εμβολιασμό ατόμων υψηλού κινδύνου ενώ τέλος το 1,2% δεν επιθυμούσε κάποια εμβολιαστική πολιτική. (Περδικάρης και συν 2000)
- Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Πελοπόννησο για το εμβόλιο κατά του τραχήλου της μήτρας το 59,7% δεν γνώριζε την ύπαρξη του αλλά ήταν δεκτικές στον εμβολιασμό τόσο για τις ίδιες όσο και για τα ανήλικα παιδιά τους.(Χαράμη και συν, 2014)
- Σύμφωνα με έρευνα για την περίοδο 2004-2014 παρουσιάζονται 838 κρούσματα ιλαράς με το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων στην Κεντρική Ελλάδα και το 88,4% να είναι ανεμβολίαστοι, το 11,6% εμβολιασμένοι με μόνο μία δόση και μόλις το 8,7% να έχουν λάβει και τις δύο δόσεις του εμβολίου.(Τριανταφυλλίδου 2016)
- Σε μελέτη που έγινε πάνω στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γενικού νοσοκομείου στην Κόρινθο και έλαβαν μέρος 213 άτομα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 20,8% ήταν εμβολιασμένο με όλα τα απαραίτητα εμβόλια ενώ το 1,7% δεν είχε εμβολιασθεί με κανένα. Το εμβόλιο με την μεγαλύτερη συχνότητα ήταν αυτό του Τετάνου με 60%, της Ηπατίτιδας Β με 55,8% και της Ηπατίτιδας Α με 15,7% (Κυριαζής και συν 2009)

- Σε ορισμένα μέρη της Αγγλίας τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί σημαντικά η εμβολιαστική κάλυψη που τείνει στο 60% όσον αφορά το εμβόλιο MMR. (Wroe et al. 2005)
- Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Δανία αναλύθηκε η πρόθεση των γονέων για την εισαγωγή νέων εμβολίων στο κρατικό πρόγραμμα κατά του Πνευμονόκοκκου, της Ηπατίτιδας Β της φυματίωσης και του SARS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 43% είχε θετική ανταπόκριση σε όλα τα εμβόλια που αναγράφονται παραπάνω, το 46% συναινούσε σε ορισμένα από τα εμβόλια ενώ μόνο το 11% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν επιθυμούσε να συμμορφωθεί με κανένα εμβόλιο. (Hak et al. 2005)

4. Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στα εμβόλια.

Αρνητικοί παράγοντες .

Η αντιμετώπιση του συστημένου κρατικού εμβολιασμού από τους γονείς και η τελική τους τοποθέτηση τους ως προς την αποδοχή ή την απόρριψη τους πάνω στα παιδιά τους, φαίνεται να εξαρτάται από διάφορους σημαντικούς παράγοντες. Αρχικά , ένα ποσοστό 92,7% γνώριζαν ότι οι υπηρεσίες εμβολιαστικής κάλυψης χορηγούνται δωρεάν ή σε χαμηλό κόστος και ότι η συστηματική χορήγηση των εμβολίων έχει συμβάλλει στην μείωση ή και στην εξαφάνιση πολλών λοιμωδών νοσημάτων. Αναφορικά με τα νέα εμβόλια , φάνηκε ότι οι γονείς στην πλειοψηφία τους , είναι επιφυλακτικοί ως προς την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους (Παπάζογλου και συν 2012).

Έλλειψη γνώσεων .

Η έλλειψη γνώσεων αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα που αναχαιτίζει τον εμβολιασμό στους επαγγελματίες υγείας. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι είναι από τους κυριότερους λόγους που δεν εμβολιάζονται. Στην ερευνά που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 2008 αναφέρεται ότι η έλλειψη γνώσεων είναι ο πρώτος λόγος άρνησης των εμβολίων . Σε ερευνά που διεξήχθη το 2010 στην Ελλάδα με σκοπό να περιγράψει τις επιδράσεις μιας εθνικής εκστρατείας για την προώθηση του εμβολίου , αποδείχτηκε ότι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες μη εμβολιασμού από τους επαγγελματίες υγείας ήταν η ανεπαρκής πληροφόρηση για το εμβόλιο και συνεπώς η έλλειψη γνώσεων

σχετικά με τα προγράμματα εμβολιασμού. Αν και τα ποσοστά σε αυτήν την ερευνά ήταν μόλις 6,54% εντούτοις αναφέρεται ως ένα από τους έξι σημαντικότερους λόγους άρνησης του εμβολιασμού. Η ερευνά είχε δείγμα 1617 επαγγελματίες υγείας από 76 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και από αυτούς οι 668 εμβολιαστήκαν και οι 949 αρνήθηκαν. (Dedokou et al. 2010). Άλλη έρευνα το 2008 που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε 132 νοσοκομεία χρησιμοποιήθηκαν 8062 ερωτηματολόγια από τα οποία 2792 δηλώθηκαν ως ερωτηματολόγια μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας αφού το 4,9% των μη εμβολιασμένων ατόμων απέδωσαν την άρνηση τους σε αυτόν τον παράγοντα . (Maltezu et al. 2008). Επιπλέον σε έρευνα το 2001 ,έδειξε ότι η έλλειψη γνώσεων αποτελεί σημαντικό εμπόδιο αύξησης επίπεδου εμβολιασμού . Υπήρξε μια θετική συσχέτιση μεταξύ των σωστών απαντήσεων και της αποδοχής του εμβολιασμού . (Dedokou et al. 2010) . Στην έρευνα που έλαβε χώρα στο Ισραήλ το 2008 φάνηκε ότι οι εμβολιασμένοι νοσηλευτές είχαν περισσότερες γνώσεις όσο αφορά τον εμβολιασμό και αυτό συνέλαβε στο να αποδεχτούν το εμβόλιο . Επιπλέον λόγο των γνώσεων που είχαν υπήρχαν περισσότερα κίνητρα για την προαγωγή της υγείας καθώς και υψηλότερα επίπεδα δράσης σε σχέση με τους εμβολιασμένους νοσηλευτές . Οι αποφάσεις των μη εμπείρων νοσηλευτών λόγο έλλειψης γνώσεων φαίνεται να επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες όπως ιατροί και οικογένεια. (Shahrabani et al. 2009).

Αμφιβολία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα .

Άλλος παράγοντας αποφυγής εμβολιαστικής κάλυψης φαίνεται να είναι η αμφιβολία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων . Στην έρευνα Dedokou και άλλων το 2010 φαίνεται ότι το 20,79% από το δείγμα 949 συμμετεχόντων μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι τα εμβόλια δεν είναι αποτελεσματικά. (Dedokou et al. 2010) . Στην έρευνα της Maltezu και άλλων το 2008 το 19,2 % των συμμετεχόντων αποδίδουν αντίστοιχα την άρνηση τους στον παράγοντα ασφάλεια και αποτελεσματικότητα . (Maltezu et al. 2008). Το ποσοστό αυτό είναι εξίσου σημαντικό αφού αποτελεί τον τρίτο κατά σειρά λόγο άρνησης και στις δυο έρευνες. Ένας από τους κυρίους λόγους αποφυγής του εμβολίου σε μια ποιοτική έρευνα είναι η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας . (Raftoroulos 2008).

Φόβος για το τρύπημα από βελόνα.

Ο φόβος για το τρύπημα από βελόνα φαίνεται σε πολλές έρευνες καθοριστικός παράγοντας αποφυγής των εμβολίων. Στην έρευνα Tawfig και άλλων το 2009 το 11,5% των 294 συμμετεχόντων απέδωσαν την άρνηση τους για εμβολιασμό στο φόβο από το τρύπημα βελόνας.(Tawfig et al. 2009). Παράλληλα μικρό ποσοστό 1% από 312 συμμετέχοντες στη μια από τις δυο ομάδες απέδωσε τη δυσαρέσκεια τους για τις βελόνες. Η άλλη ομάδα που δεν εμβολιάστηκε ποτέ παρουσίασε ένα μεγαλύτερο ποσοστό 7 % από την πρώτη ομάδα που εμβολιάζεται . (Chalmers 2005). Παρόμοιο ποσοστό με την προηγούμενη έρευνα αλλά με μικρότερο δείγμα παρουσιάζεται και σε μια άλλη έρευνα οπού μόλις το 1,5% των 65 μη εμβολιασμένων ιατρών και 0,8% των μη εμβολιασμένων νοσηλευτών αναφέρονται στην δυσαρέσκεια τους για τις βελόνες. (Livni et al. 2008).

Παρενέργειες εμβολίων .

Οι περισσότερες έρευνες αναφέρουν τις παρενέργειες του εμβολίου ως λόγο άρνησης. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2010 το 20,33% των συμμετεχόντων αναφέρουν ότι ένας από τους λόγους άρνησης τους να εμβολιαστούν είναι ο φόβος τους για τυχόν παρενέργειες μετά το εμβόλιο. Ο λόγος αυτός θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους σε αυτήν την έρευνα . (Dedokou et al. 2010). Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη επίσης στην Ελλάδα φάνηκε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας 33,4% δηλώνουν ότι φοβούνται για τις παρενέργειες του εμβολίου. (Maltezu et al. 2008). Επιπρόσθετα σε άλλη έρευνα ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές με δείγμα 65 ιατροί και 132 νοσηλευτές φάνηκε ότι το 9,2% των ιατρών και το 5,3% των νοσηλευτών δηλώσαν ότι δεν επιθυμούν να εμβολιαστούν λόγω πιθανών παρενεργειών που μπορεί να υποστούν. (Livni et al. 2008) .

Εγκυμοσύνη και θηλασμός .

Ένας άλλος παράγοντας που εμποδίζει τους επαγγελματίες υγείας είναι το φαινόμενο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Παρόλο που το κέντρο πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων αναφέρει ότι η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί αντένδειξη για τον εμβολιασμό και επισημαίνει επίσης ότι οι γυναίκες που βρίσκονται στο δεύτερο και τρίτο μήνα της κύησης τους ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες , εντούτοις αρνούνται να εμβολιαστούν μετά από σύσταση του γυναικολόγου τους. Στην παρούσα έρευνα το 5%

των 43 συμμετεχόντων αρνήθηκαν να εμβολιαστούν λόγω εγκυμοσύνης. (Willis, Wortley 2007).

Εναλλακτικοί μέθοδοι .

Ένας από τους λόγους αποφυγής του εμβολιασμού αποτελεί η πεποίθηση ότι η ομοιοπαθητική είναι πιο αποτελεσματική . Σε έρευνα το 2006 , 181 από 310 μη εμβολιασμένους επαγγελματίες υγείας δεν επιθυμούν να εμβολιαστούν . Παράλληλα ένα σημαντικό ποσοστό μη εμβολιασμένων ατόμων δηλώνει ότι θα χρησιμοποιούσε ως εναλλακτική θεραπεία , μια θεραπεία διαφορετική από αυτή που παρέχεται στα νοσοκομεία. Μερικοί συμμετέχοντες αναφέρουν πολλές παραδοσιακές και μη προφυλάξεις για την αποφυγή των ασθενειών . Μερικές από αυτές είναι η πρόσληψη βιταμίνης C , το τσάι με μέλι , ζεστό μπάνιο, μυοχαλαρωτικά ,αντιπυρετικά και βρογχοδιασταλτικά και την αντιμετώπιση .(Trivalle et al. 2006).

Μη επαφή με άτομα υψηλού κινδύνου.

Στην έρευνα του Clark ένα σημαντικό ποσοστό των μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας δηλώσαν ότι η πιθανότητα να προσβληθείς από τον ίο είναι μηδενική και ότι δεν κινδυνεύουν να νοσήσουν λόγω της περιορισμένης τους επαφής τους με τους ασθενείς υψηλού κινδύνου . το ποσοστό ανερχόταν στο 19%. Καμιά άλλη έρευνα δεν βρέθηκε που να καταγράφει τους λόγους αυτούς σημαντικούς για την άρνηση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον εμβολιασμό . (Clark et al. 2009).

Ακατάλληλη πρόσβαση και έλλειψη χρόνου.

Επιπλέον η ακατάλληλη πρόσβαση , ο χρόνος και η τοποθεσία ήταν ένας ακόμα παράγοντας που καταγράφηκε ως λόγος μη εμβολιασμού με ποσοστό 3% στους μη εμβολιαζόμενους και 23% στους εμβολιασμένους. (Chalmers 2005).

Άγνοια ότι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Ένας από τους λόγους άρνησης εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας είναι η άγνοια ότι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου .Στην πρώτη έρευνα φαίνεται ότι ένα μικρό ποσοστό από τους συμμετέχοντες που ανέρχεται στο 3,8% αναφέρει ότι ο λόγος που δεν εμβολιάζεται είναι ο παράγοντας αυτός. (Maltezu et al. 2008) . Παράλληλα η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010 παρουσιάζει ένα πολύ μικρό ποσοστό μη

εμβολιασμένων ατόμων που ανέρχεται στο 0.82% να αποδίδει τους λογούς μη εμβολιασμού του στην άγνοια ότι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. (Dedokou et al. 2010).

Επαγγελματική κατάσταση .

Μέσα από τις έρευνες είναι φανερό ότι η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων επηρεάζει την αποδοχή του εμβολιασμού ενάντια στον ίο της γρίπης . αυτό μπορεί να σχετίζεται με το επίπεδο γνώσεων μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. (Livni et al. 2008) . Σε σύγκριση με τους ιατρούς φαίνεται , ότι οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού 44,1%, 40,6%,34,07% αντίστοιχα. Αναφέρεται ότι αυτό οφείλεται στο επίπεδο γνώσεων. (Dedokou et al. 2010)

Απουσία κατά τη διάρκεια του εμβολιασμού.

Η απουσία κατά τη διάρκεια εμβολιασμού επισημάνθηκε επίσης ως ένας σημαντικός παράγοντας μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης του προσωπικού. Το 7% των 949 μη εμβολιασμένων ατόμων αναφέρει ότι απουσίαζε κατά τη διάρκεια διεξαγωγής του προγράμματος εμβολιασμού. (Dedokou et al. 2010). Παρόμοιο ποσοστό 8,1% σε μεγαλύτερο δείγμα 2792 άτομα είναι έκδηλο στην παρούσα έρευνα. Επιπρόσθετα η σπάνια η σποραδική εργασία φαίνεται να είναι ο λόγος που δεν είχαν την ευκαιρία τα άτομα να εμβολιαστούν σε ποσοστό 6% των μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας. (Maltezos et al. 2008).

Πεποίθηση ότι είναι γενικότερα υγιείς .

Σε μια άλλη έρευνα φαίνεται ότι το 27,5% των 227 επαγγελματιών υγείας που δεν εμβολιαστήκαν ποτέ, παρουσιάζει ως αίτια αποφυγής του εμβολιασμού την πεποίθηση τους ότι είναι γενικότερα υγιείς ενώ μόλις το 4% των εμβολιασμένων ατόμων δήλωναν ότι είναι γενικότερα υγιείς. (Chalmers 2005) .

Μέτρα προστασίας .

Οι μη εμβολιασμένοι νοσηλευτές πιστεύουν ότι το εμβόλιο δεν είναι αναγκαίο και ότι αν χρησιμοποιείς τα καθημερινά μέτρα προστασίας όπως μάσκα , γάντια και ρόμπα ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο προσβολής από τον ίο της γρίπης .(Willis, Wortley

2007) . 30% από το δείγμα 258 μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας δηλώνουν ότι το εμβόλιο ενάντια στον ιό της γρίπης δεν είναι απαραίτητο (Raftopoulos 2008).

5. Λόγοι αποδοχής του εμβολίου.

- Η ανάγκη για προστασία του εαυτού τους.
- Ανάγκη για προστασία της οικογενείας.
- Προηγούμενος εμβολιασμός.
- Ανάγκη προστασίας των ασθενών.
- Επαφή με τον ιό στο παρελθόν .
- Συστάσεις από τους προσωπικούς ιατρούς.
- Διευκόλυνση χορήγησης του εμβολίου.
- Μέλη μιας ομάδας υψηλού κινδύνου.
- Το εμβόλιο διανέμεται δωρεάν.
- Συστάσεις.
- Αποφυγή απουσιών από τον εργασιακό χώρο.
- Η ηλικία.
- Το επίπεδο γνώσεων.
- Να είσαι ιατρός

6. Απάντηση στις αντιρρήσεις

Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης του κοινού στα εμβόλια και μπορούν να αντιμετωπίσουν τους ενδοιασμούς των ασθενών προς αυτά. Πρέπει να στοχεύουν στην προώθηση και όχι στην επιβολή των εμβολιαστικών προγραμμάτων ώστε να διατηρηθεί η εμπιστοσύνη με το κράτος και τα προγράμματα υγείας. Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι συγκεκριμένες και προσαρμοσμένες στους παράγοντες που επηρεάζουν τη διστακτικότητα στον συγκριμένο πληθυσμό. Παρεμβάσεις μπορεί να χρειάζονται σε ατομικό επίπεδο (με διάλογο) ή σε επίπεδο οργάνωσης του συστήματος υγείας. Κάποιες από της παρεμβάσεις που μπορεί να πραγματοποιήσει ο επαγγελματίας υγείας καθώς το κράτος είναι:

- Να αναγνωρίζουν τα σφάλματα καθώς και τις παρενέργειες των εμβολίων και να αναφέρονται με τη σωστή προοπτική. Παρέχοντας στους ασθενείς τα σφάλματα του παρελθόντος και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες διευκολύνεται η διατήρηση της εμπιστοσύνης με τους φορείς υγείας
- Όπως και με το να αναγνωρίζουν τις ιστορικές επιτυχίες των εμβολίων όπως την εξάλειψη διαφόρων ασθενειών όπως είναι η ευλογιά και την μείωση της θνησιμότητας στους ενήλικες και παιδιά
- Ανάπτυξη εργαλείων διερεύνησης γνώμης . Ένα τέτοιο εργαλείο είναι η έρευνα «Στάσεις Γονέων προς τον Παιδικό Εμβολιασμό» (Parent Attitudes About Childhood Vaccines, PACV) το οποίο σχεδιάστηκε από τους Orel et al για τη μέτρηση διστακτικότητας των γονέων και περιλαμβάνει τρεις κύριες κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν: τη συμπεριφορά γύρω από τα εμβόλια, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων και τη γενικότερη συμπεριφορά και το αίσθημα εμπιστοσύνης.
- Να δίνουν θετικά μηνύματα όπως ότι τα οφέλη του εμβολιασμού υπερτερούν των κινδύνων, ότι τα εμβόλια δε προστατεύουν μόνο τους αυτούς και το παιδί τους αλλά και άλλα ευπαθή άτομα όπως ανθρώπους με καρκίνο ή άλλη πάθηση του ανοσοποιητικού.

7. Αναγκαιότητα των εμβολίων

Τις τελευταίες δεκαετίες ο κόσμος έχει δει τεράστιες βελτιώσεις στην υγεία αλλά τα οφέλη έχουν κατανεμηθεί άνισα. Πολλά άτομα χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου βρίσκονται συχνά σε μειονεκτική θέση, όσο αφορά τις υπηρεσίες υγείας. Οι εμβολιασμοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν μια στρατηγική που μπορεί να βοηθήσει να μειωθεί αυτή η ανισότητα που υπάρχει στη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Με τη συνεχή κάλυψη του υψηλού εμβολιασμού η συχνότητα εμφάνισης ασθενειών που προλαμβάνονται με τα εμβόλια θα μειωθεί.

Η ανοσοποίηση προσφέρει τεράστια οφέλη για την υγεία καθώς και την ευημερία των πληθυσμών. Προσφέρει εξοικονόμηση κόστους από τη θεραπεία, προστατεύει από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ασθένειας στον άνθρωπο σε σωματικό και

πνευματικό επίπεδο με αποτέλεσμα την ικανότητα του να συνεχίσει την εκπαίδευση, τη κατάρτιση ή την εργασία.

Η συλλογική ανοσία μια κοινότητας πιστεύεται ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο άμα εμβολιαστεί το 95% των ανθρώπων και ότι κάθε άνθρωπος που δεν εμβολιάζεται αυξάνει τη πιθανότητα να υποβαθμιστούν και οι άλλοι με την εν λόγω ασθένεια. Σύμφωνα με Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης (ΚΕΕΛΠΝΟ) και μια Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών (ΕΣΔΥ-ΚΕΕΛΠΝΟ) που πραγματοποιήθηκε το 2012 παρατηρήθηκε ότι μετά τη συστηματική εισαγωγή εμβολίων υπήρξαν :

- 0 κρούσματα και 0 θάνατοι από τη **Διφθερίτιδα**, ενώ το τελευταίο εισαγόμενο κρούσμα και θάνατος ήταν το 1994
- 0 κρούσματα και 0 θάνατοι από την **Ευλογιά** , ενώ τα τελευταία εισαγόμενα κρούσματα και θάνατοι ήταν το 1956 (2)
- 6-7 κρούσματα και 3 θάνατοι από τον **Τέτανο**
- 34 κρούσματα και 0-1 θάνατοι από τον **Κοκκύτη**
- 0 κρούσματα και 0 θάνατοι από τη **Πολιομυελίτιδα**, ενώ τα τελευταία εισαγόμενα κρούσματα και θάνατοι ήταν το 1996 (5)
- 2 κρούσματα και 0 θάνατοι από την **Ιλαρά** , ενώ τα τελευταία εισαγόμενα κρούσματα και θάνατοι ήταν το 2010-2011 (189)

Θεωρείται λοιπόν αναγκαίο να διατηρηθούν ψηλά τα επίπεδα ανοσίας έναντι των νοσημάτων αυτών ώστε να υπάρξει ακόμα καλύτερη συλλογική ανοσία και να σωθούν ακόμα περισσότεροι άνθρωποι από ασθένειες που προλαμβάνονται.

8. Τρόπους πειθούς της κοινωνίας για τα εμβόλια

Η συλλογική ανοσία περιγράφει τη κατάσταση ενός πληθυσμού που εμφανίζει ανοσία για ένα μεταδοτικό νόσημα, γεγονός που δεν επιτρέπει τη μετάδοση του νοσήματος από άτομο σε άτομο. Κατά συνέπεια, ακόμα και ανεμβολίαστα άτομα μέσα στο πληθυσμό αυτό είναι μερικώς προστατευμένα γιατί δεν επιτρέπεται η μετάδοση του νοσήματος.

Η πληροφόρηση για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων πρέπει να είναι έγκυρη, χωρίς ελλείψεις, ώστε κάθε πιθανή διαφωνία να έχει μια ορθή απάντηση, επιστημονικά τεκμηριωμένη . Κάποιες προτάσεις ώστε να πείσουμε την κοινωνία μας για την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων είναι:

- Η εύκολη πρόσβαση στα εμβόλια εγκαίρως.
- Η έκδοση φυλλαδίων, η πραγματοποίηση παρουσιάσεων σχετικά με τα υποχρεωτικά εμβόλια, τις αντενδείξεις, τις παρενέργειες αλλά και την ασθένεια που προλαμβάνει το κάθε εμβόλιο ώστε να υπάρχει ορθή ενημέρωση για τους γονείς.
- Η πραγματοποίηση σεμιναρίων, διαλέξεων ή ημερίδων, από έμπειρους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τα νεότερα εμβόλια και δεδομένα ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την ενημέρωση όλων των φορέων υγείας.
- Η στενή συνεργασία της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου με το υπόλοιπο προσωπικό
- Η λεπτομερής καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών, για τη παροχή πειστικών απαντήσεων για τις ερωτήσεις και φόβους των γονέων.
- Η βελτίωση της στρατηγικής ανοσοποίησης της κοινότητας κάθε χώρας και των υπηρεσιών παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Η παροχή κινήτρων για εμβολιασμό από το κράτος χωρίς να παραβιάζει την ελευθερία της επιλογής και των δικαιωμάτων των ανθρώπων.

Κεφάλαιο 4.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός της έρευνας

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας θα καταγραφούν οι πεποιθήσεις των ατόμων που θα λάβουν μέρος στην έρευνα οι οποίες θα βοηθήσουν τους φορείς υγείας να κατανοήσουν τις στάσεις του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τα εμβόλια έτσι ώστε να χρησιμοποιηθούν για να αναπτυχθούν οι αντίστοιχες δράσεις. Επιπλέον θα διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων από άλλους εργασιακούς τομείς έτσι ώστε να καταγραφούν οι ιδεολογίες πάνω στην εμβολιαστική κάλυψη σύμφωνα πάντα με τον επαγγελματικό προσανατολισμό.

2. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 407 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση με την μέθοδο χ^2 ή με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Η γραφική απεικόνιση έγινε με τη χρήση του προγράμματος MS Office Excel 2016. Η συσχέτιση των χαρακτηριστικών με την κλίμακα VCBS έγινε με τη χρήση του μη παραμετρικού κριτηρίου r-Spearman. Ακολούθως έγινε πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης (mancova) για τον έλεγχο και της πολυωνυμικής τάσης της VCBS με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τόπος διαμονής, τα χρόνια εργασίας στο χώρο της υγείας και η οικονομική κατάσταση. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

2.1 Πληθυσμός της μελέτης

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης αποτελείται από 407 άτομα (105 άντρες 25,8% , 302 γυναίκες 74,2%) και η μέση ηλικία είναι τα 37,1±10,4 (19-68) έτη. Τα κριτήρια επιλογής που τηρήθηκαν για να συμμετέχουν στη μελέτη ήταν:

- Ηλικία 18 ετών και άνω
- Γνώση της ελληνικής γλώσσας στο βαθμό που να επιτρέπει τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

2.2 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά σε μια ειδικά διαμορφωμένη σελίδα στο διαδίκτυο. Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με το ελεύθερο λογισμικό LimeSurvey με την υποστήριξη του Γενικού Τμήματος του ΤΕΙ Κρήτης. Η διαδικτυακή διεύθυνση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου είναι:

- <http://modip.teicrete.gr/opensurveys/index.php/357249/lang-el>

Οι συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να απευθύνουν ερωτήσεις σε περίπτωση που κάτι δεν καταλάβαιναν.

2.3 Δεοντολογία και διασφάλιση ανωνυμίας

Η έρευνα διεξήχθη με βάση τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για έρευνα σε ανθρώπους. Με βάση τις βασικές αρχές της Διακήρυξης, δεσμευόμαστε ότι τα αιτούμενα και συλλεχθέντα στοιχεία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για να υλοποιηθούν ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας μελέτης και θα είναι εμπιστευτικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι πρόσβαση σε αυτά θα έχουν μόνο όσα μέλη της ερευνητικής ομάδας είναι απολύτως απαραίτητο. Παράλληλα, διασφαλίζεται σε κάθε φάση της έρευνας η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Ερωτηματολόγιο

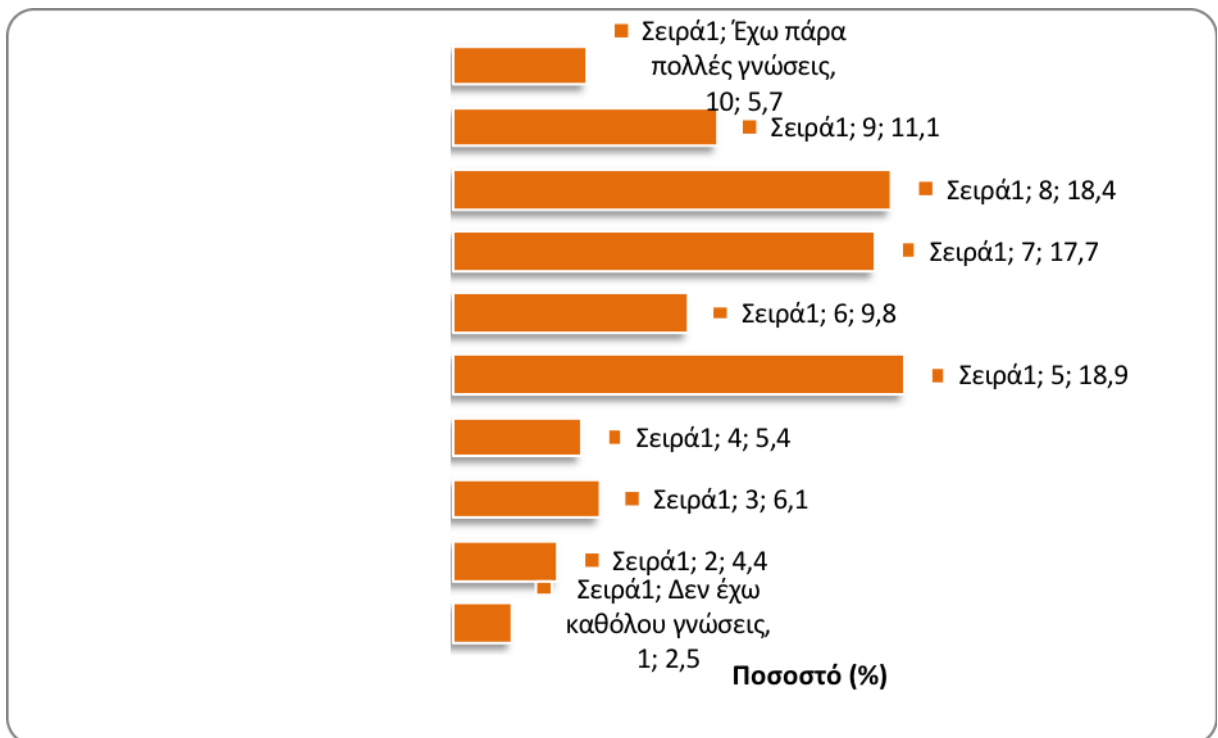
Το τελικό ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας σε ηλεκτρονική μορφή, έπειτα από εκτενή ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, έχει χρησιμοποιήσει την Κλίμακα για τις θεωρίες συνωμοσίας σε σχέση με τα εμβόλια (vaccine conspiracy beliefs scale, Shapiro et al 2016) καθώς και ερωτήσεις όπως : είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που δεν θέλουν να εμβολιαστούν οι ίδιοι ή τα παιδιά τους; Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους; Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους; Σημειώστε πόσο

άνετα νοιώθετε να εξηγήσετε σε άλλους το τι είναι τα εμβόλια και πως ακριβώς λειτουργούν; Τα δεδομένα για το πόσο ασφαλή είναι τα εμβόλια είναι συχνά ψεύτικα και κατασκευασμένα; Ο εμβολιασμός των παιδιών είναι επιβλαβής και αυτό το γεγονός συγκαλύπτεται; Οι φαρμακευτικές εταιρίες συγκαλύπτουν τους κινδύνους από τα εμβόλια;

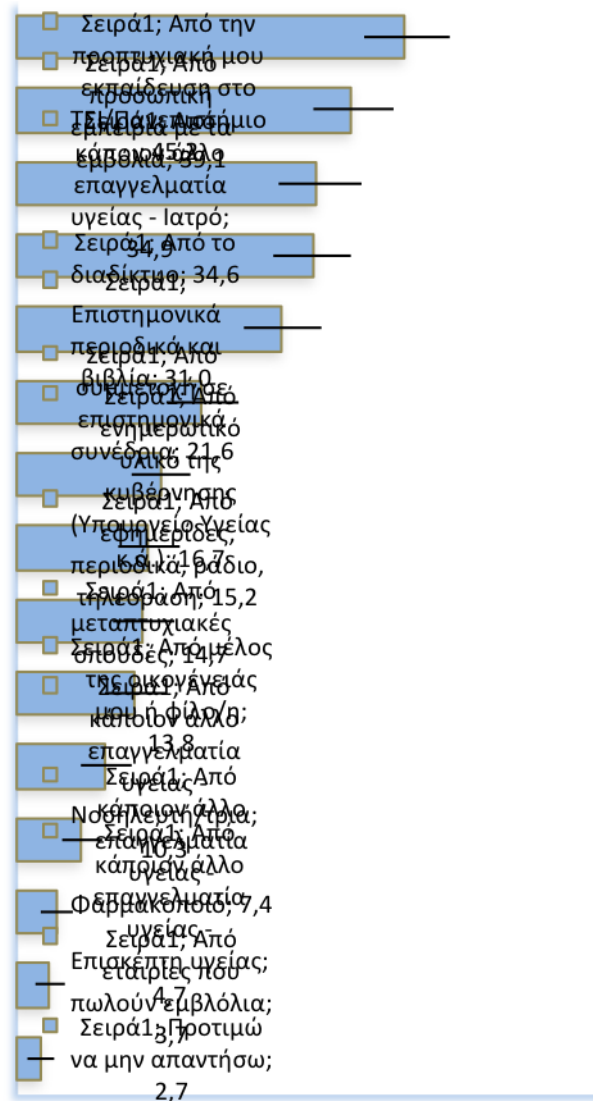
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

		v	%
Φύλο	<i>Άνδρας</i>	105	25,8
	<i>Γυναίκα</i>	302	74,2
Ηλικία	<i><30</i>	125	30,7
	<i>30-39</i>	119	29,3
	<i>40-49</i>	110	27,0
	<i>50+</i>	53	13,0
	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ.(ελ.-μεγ.)</i>	37,1±10,4 (19-68)	
Μορφωτικό επίπεδο	<i>γυμνάσιο, λύκειο, σχολή</i>	30	7,4
	<i>ΤΕΙ</i>	145	35,6
	<i>ΑΕΙ</i>	32	7,9
	<i>μεταπτυχιακό, διδακτορικό</i>	200	49,1
Τόπος διαμονής	<i>Κρήτη</i>	175	43,0
	<i>υπόλοιπη Ελλάδα</i>	217	53,3
	<i>εξωτερικό</i>	15	3,7
Εργασία	<i>επαγγελματίες υγείας^α</i>	218	53,6
	<i>άλλο επάγγελμα υγείας</i>	64	15,7
	<i>μη επαγγελματίες υγείας</i>	125	30,7
Χρόνια εργασίας στο χώρο της υγείας	<i>έως 1</i>	61	15,0
	<i>2-5</i>	29	7,1
	<i>6-10</i>	45	11,1
	<i>11-20</i>	83	20,4
	<i>21-30</i>	48	11,7
	<i>31+</i>	17	4,2
	<i>δεν εργάζεται σε σχετικό χώρο ή αρνήθηκε απάντηση</i>	124	30,5
Οικονομική κατάσταση οικογένειας	<i>πάρα πολύ καλή ή πολύ καλή</i>	30	7,4
	<i>καλή</i>	125	30,7
	<i>μέτρια</i>	186	45,7
	<i>καθόλου καλή ή πολύ κακή</i>	60	14,7
	<i>αρνήθηκε απάντηση</i>	6	1,5

Σύμφωνα με το Πίνακα 1, από το δείγμα πληθυσμού των ατόμων που συμμετείχαν στη έρευνα (n=407), το 25,8% ήταν άνδρες και το 74,2% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία \pm τυπική απόκλιση να είναι $37,1 \pm 10,4(19-68)$. Η μικρότερη ηλικία συμμετέχοντος στην έρευνα ήταν τα 19 έτη και η μεγαλύτερη τα 68 έτη. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο το 35,6% ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., το 7,9% απόφοιτοι Α.Ε.Ι., το 7,4% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου/Ιδιωτικών σχολών και το 49,1% κατείχε τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Από τα 407 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, τα 175 διέμεναν στη Κρήτη, τα 217 σε περιοχές της Υπόλοιπης Ελλάδας, ενώ υπήρξαν και 15 άτομα τα οποία δήλωσαν ως τόπο διαμονής το εξωτερικό. Επιπροσθέτως, τα 282 άτομα της έρευνας απασχολούνταν στο τομέα της υγείας, ενώ 125 άτομα ήταν μη επαγγελματίες υγείας.



Όπως καταδεικνύεται στο σχήμα 1, το 81,6% των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει ότι έχει ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων όσον αφορά τον εμβολιασμό, ενώ το 18,4% αναφέρει να έχει ελλείψεις ή καθόλου γνώσεις.

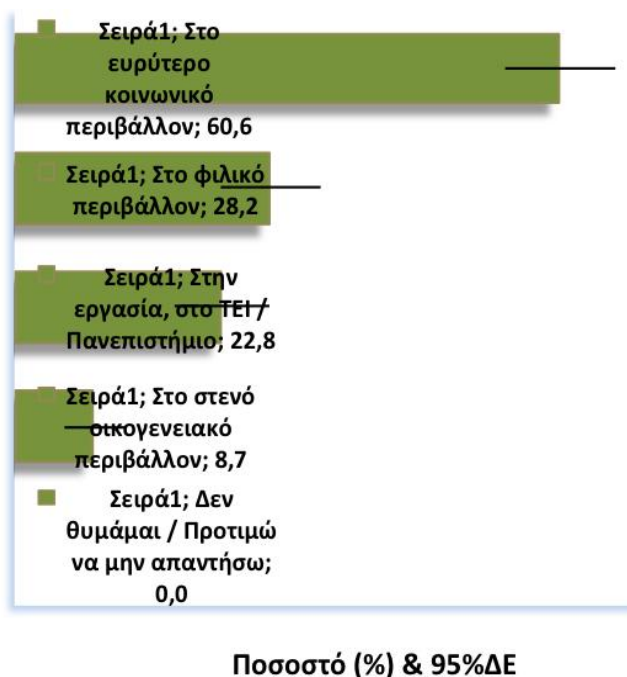


Ποσοστό (%) & 95%ΔΕ

Το σχήμα 2 περιγράφει τον τρόπο απόκτησης γνώσεων αναφορικά με το θέμα του εμβολιασμού, με το επικρατέστερο να είναι η προπτυχιακή εκπαίδευση στο Τ.Ε.Ι.-Πανεπιστήμιο σε ποσοστό 45,2%. Στη δεύτερη θέση με ποσοστό 39,1% έρχεται η προσωπική εμπειρία με τα εμβόλια και στη τρίτη με ποσοστό 34,9% η επαφή με κάποιο επαγγελματία υγείας ή το προσωπικό ιατρό. Το διαδίκτυο (34,6%) και επιστημονικά βιβλία/περιοδικά (31%) βρίσκονται λίγο πιο χαμηλά στις θέσεις όσο αφορά τον τρόπο ενημέρωσης για τα εμβόλια.

Ερώτηση		Σύνολο	Εργασία ^α			p-value
			επαγγελματίες υγείας	άλλο επάγγελμα υγείας	μη επαγγελματίες υγείας	
		%				
Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που δεν θέλουν να εμβολιαστούν οι ίδιοι ή τα παιδιά τους;	όχι	40,5	38,1	35,9	47,2	0,188
	ναι	59,5 ^β	61,9	64,1	52,8	

Το 61,9% των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν επαφή με άτομα τα οποία ήταν αρνητικά απέναντι στον εμβολιασμό. Σε παραπλήσιο επίπεδο κυμαίνεται και το ποσοστό των ατόμων που ασχολούνται με άλλο επάγγελμα υγείας και έχουν έρθει σε επαφή με άτομα αρνητικά για τα εμβόλια (64,1%), ενώ το 52,8 % των μη επαγγελματιών υγείας είχαν επαφή με άτομα που δε θέλουν να εμβολιαστούν οι ίδιοι ή τα παιδιά τους.



Τα 241 μέλη της έρευνας που είχαν επαφή με άτομο αρνητικό απέναντι στον εμβολιασμό ανέφεραν ότι η επαφή αυτή υπήρξε εντός του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος τους με ποσοστό 60,6%. Με ποσοστό 28,2% η επαφή άνηκε στο φιλικό περιβάλλον, ενώ το εργασιακό-εκπαιδευτικό περιβάλλον κατέχει ποσοστό 22,8%.

Πίνακας 3. Μορφή εργασίας 241 συμμετεχόντων στη μελέτη σε σχέση με τις αποκρίσεις στην ερώτηση «Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους; [Πόσο συχνά;]».

Ερώτηση		Σύνολο	Εργασία			p-value
			επαγγελματίες υγείας	άλλο επάγγελμα υγείας	μη επαγγελματίες υγείας	
		%				
Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους;	Πάρα πολύ συχνά, Πολύ συχνά	6,2	8,9	2,4	3,1	0,591
	Συχνά	32,0	29,6	31,7	36,9	
	Σπάνια	37,3	37,8	34,1	38,5	
	Πολύ σπάνια	13,3	14,1	17,1	9,2	
	Πάρα πολύ σπάνια, Δεν έχω επαφή	11,2	9,6	14,6	12,3	

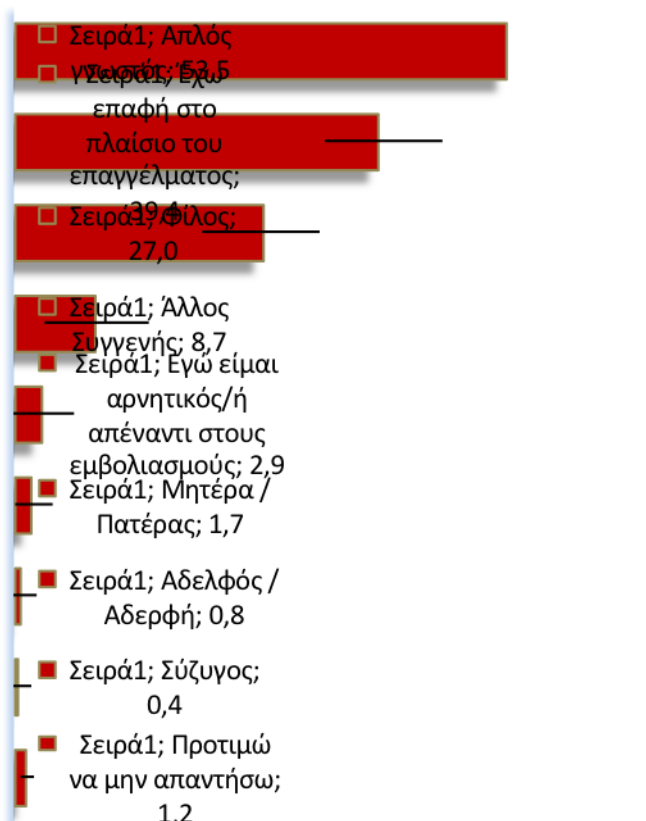
Το 6,2% από τα 241 άτομα που είχαν επαφή με άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους ανέφεραν τακτικότερη επαφή με αυτά τα άτομα. Σπάνια επαφή έχει το 37,3% των συμμετεχόντων, ενώ ελάχιστη επαφή ανέφερε το 11,2%.

Πίνακας 4. Μορφή εργασίας 241 συμμετεχόντων στη μελέτη σε σχέση με τις αποκρίσεις στην ερώτηση «Με πόσα διαφορετικά άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους έχετε επαφή;».

Ερώτηση		Σύνολο	Εργασία			p-value
			επαγγελματίες υγείας	άλλο επάγγελμα υγείας	μη επαγγελματίες υγείας	
		%				
Με πόσα διαφορετικά άτομα που είναι αρνητικά στους εμβολιασμούς για τους ίδιους ή τα παιδιά τους έχετε επαφή;	1	17,8	14,1	24,4	21,5	0,282
	2	32,0	28,9	36,6	35,4	
	3	16,2	17,0	12,2	16,9	
	4+	25,3	31,9	19,5	15,4	
	Δεν έχω επαφή / Προτιμώ να μην απαντήσω	8,7	8,1	7,3	10,8	

Όπως καταδεικνύεται από το πίνακα 4, το 73,5% είχε επαφή με 2 ή και περισσότερα διαφορετικά άτομα αρνητικά στο θέμα του εμβολιασμού. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας το ποσοστό ανέρχεται σε 77,8%, σε αντίθεση με το 67,7% των μη επαγγελματιών υγείας.

Το σχήμα 4 καταδεικνύει τη σχέση των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα με τα άτομα που είναι αρνητικά απέναντι στον εμβολιασμό. Στη πρώτη θέση και με ποσοστό 53,5% τα άτομα ανήκουν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (απλά γνωστός), ενώ με ποσοστό 39,4% η επαφή έγινε στα πλαίσια του επαγγέλματος. Η φιλική σχέση με τα άτομα που είναι αρνητικά απέναντι στα εμβόλια κατέχει τη τρίτη θέση (27%), ενώ χρειάζεται να επισημανθεί ότι ένα ποσοστό 2,91% ήταν οι ίδιοι αρνητικοί απέναντι στον εμβολιασμό.



Ποσοστό (%) & 95%ΔΕ

Πίνακας 5. Μορφή εργασίας 241 συμμετεχόντων στη μελέτη σε σχέση με τις αποκρίσεις στην ερώτηση «Σημειώστε πόσο άνετα νοιώθετε να εξηγήσετε σε άλλους το τι είναι τα εμβόλια και πως ακριβώς λειτουργούν;».

	Σύνολο	Εργασία		p-value	
		επαγγελματίες υγείας	άλλο επάγγελμα υγείας		μη επαγγελματίες υγείας
		%			
Νιώθω πάρα πολύ άνετα	48,1	60,1	31,7	33,9	
Νιώθω μάλλον άνετα	37,4	30,7	50,0	43,5	<0,001
Δεν νιώθω ιδιαίτερα άνετα	14,5	9,2	18,3	22,6	

Στην ερώτηση πόσο άνετα νιώθουν οι συμμετέχοντες να εξηγήσουν σε άλλους τη λειτουργία και τη χρησιμότητα των εμβολίων, φαίνεται από το Πίνακα 5 ότι το 85,5% αισθάνεται άνετα. Όπως καταδεικνύεται επίσης από το Πίνακα 5, τα άτομα τα οποία δεν ανήκουν στο χώρο της υγείας παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό (22,6%) μη άνεσης επεξήγησης του ρόλου των εμβολίων.

Πίνακας 6. Συχνότητα κατανομής απαντήσεων στην ερώτηση «Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις σε σχέση με τα εμβόλια και τους εμβολιασμούς» (ερωτήσεις κλίμακας VCBS).

	Διαφωνώ πάρα πολύ (1)	Διαφωνώ πολύ (2)	Διαφωνώ (3)	Ούτε Συμφωνώ, Ούτε Διαφωνώ (4)	Συμφωνώ (5)	Συμφωνώ πολύ (6)	Συμφωνώ πάρα πολύ (7)
Κλίμακα VCBS							
Τα δεδομένα για το πόσο ασφαλή είναι τα εμβόλια είναι συχνά ψεύτικα και κατασκευασμένα	17,2%	18,7%	28,5%	25,1%	8,4%	1,0%	1,2%
Ο εμβολιασμός των παιδιών είναι επιβλαβής και αυτό το γεγονός συγκαλύπτεται	41,3%	18,9%	26,3%	9,8%	2,2%	0,5%	1,0%
Οι φαρμακευτικές εταιρείες συγκαλύπτουν τους κίνδυνους από τα εμβόλια	13,8%	14,3%	20,6%	30,5%	14,7%	3,4%	2,7%
Ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων	14,5%	13,8%	18,9%	17,0%	24,1%	7,1%	4,7%

Τα δεδομένα για το πόσο αποτελεσματικά είναι τα εμβόλια είναι συχνά κατασκευασμένα	17,4%	19,4%	28,0%	20,6%	10,8%	2,5%	1,2%
Ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων	12,8%	11,5%	20,6%	19,4%	23,3%	5,7%	6,6%
Η κυβέρνηση προσπαθεί να συγκαλύψει τη σχέση ανάμεσα στα εμβόλια και τον αυτισμό	26,5%	13,3%	19,2%	31,9%	6,1%	1,7%	1,2%

Στον πίνακα 6 καταγράφονται οι απαντήσεις του συνόλου των συμμετεχόντων αναφορικά με πεποιθήσεις γύρω από το θέμα των εμβολίων. Το 64,4% διαφωνεί με την άποψη ότι τα δεδομένα για το πόσο ασφαλή είναι τα εμβόλια είναι κατασκευασμένα. Ισχυρή επίσης είναι και η διαφωνία των ανθρώπων (86,5%) αναφορικά με τη πεποίθηση περί επιζημιότητας του παιδικού εμβολιασμού και συγκαλύψης αυτής. Όσον αφορά τη πεποίθηση περί συγκαλύψης των κινδύνων και των παρενεργειών των εμβολίων από τις φαρμακευτικές εταιρίες, το 1/3 των ερωτηθέντων (30,5%) δε λαμβάνει ξεκάθαρη θέση. Το 35,9% του δείγματος συμφωνεί με την άποψη ότι ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, γεγονός που έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τη αποτύπωση της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι σε τυχόν παραπλάνηση για την ασφάλεια των εμβολίων, όπου το 35,6% αυτών πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο λαμβάνει χώρα. Επιπροσθέτως, το 64,8% διαφωνεί με την άποψη αναφορικά με μεθόδευση των δεδομένων για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Στη τελική ερώτηση για το θέμα συγκαλύψης σχέσης μεταξύ των εμβολίων και ανάπτυξης αυτισμού από τη κυβέρνηση, φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος πληθυσμού της έρευνας επιλέγει να κρατήσει μια ουδέτερη στάση (31,9%).

Πίνακας 7. Επίπεδα βαθμολογίας (score) κλίμακας VCBS των 407 συμμετεχόντων στην μελέτη.

κλίμακα VCBS	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Συντελεστής ασυμμετρίας	Ελάχιστη-μέγιστη
Τα δεδομένα για το πόσο ασφαλή είναι τα εμβόλια είναι συχνά ψεύτικα και κατασκευασμένα	2,97	1,32	3,00	0,256	1-7
Ο εμβολιασμός των παιδιών είναι επιβλαβής και αυτό το γεγονός συγκαλύπτεται	2,18	1,25	2,00	0,990	1-7
Οι φαρμακευτικές εταιρείες συγκαλύπτουν τους κινδύνους από τα εμβόλια	3,39	1,48	4,00	0,086	1-7
Ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων	3,62	1,69	4,00	0,028	1-7
Τα δεδομένα για το πόσο αποτελεσματικά είναι τα εμβόλια είναι συχνά κατασκευασμένα	3,00	1,40	3,00	0,338	1-7
Ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων	3,72	1,68	4,00	0,049	1-7
Η κυβέρνηση προσπαθεί να συγκαλύψει τη σχέση ανάμεσα στα εμβόλια και τον αυτισμό	2,88	1,45	3,00	0,187	1-7
Μέση Βαθμολογία VCBS	3,11	1,19	3,14	-0,041	1,00-6,86

Πίνακας 8. Συσχέτιση επιπέδων βαθμολογίας (score) κλίμακας VCBS των 407 συμμετεχόντων στην μελέτη με τα χαρακτηριστικά τους.

	Μέση Βαθμολογία VCBS	
	r-Spearman	p-value
Φύλο (άνδρες, γυναίκες)	0,088	0,075
Ηλικία (χρόνια)	-0,194	<0,001
Μορφωτικό επίπεδο (γυμνάσιο/λύκειο/σχολή, ΤΕΙ, ΑΕΙ, μεταπτυχιακό/διδακτορικό)	-0,276	<0,001
Διαμονή (Κρήτη, υπόλοιπη Ελλάδα, εξωτερικό)	-0,103	<0,001
Εργασία (επαγγελματίες υγείας, άλλο επάγγελμα υγείας, μη επαγγελματίες υγείας)	0,208	<0,001
Χρόνια εργασίας στο χώρο της υγείας (δεν εργάζεται, έως 1, 2-5, 6-10, 11-20, 21-30, 31+)	-0,249	<0,001
Οικονομική κατάσταση οικογένειας (πάρα πολύ καλή ή πολύ καλή, καλή, μέτρια, καθόλου καλή ή πολύ κακή)	0,135	0,006
Κλίμακα αυτοεκτίμησης γνώσεων [1 (καθόλου γνώσεις) έως το 10 (άριστες γνώσεις)]	-0,375	<0,001

Πίνακας 9. Επίπεδα βαθμολογίας (score) ερωτήσεων κλίμακας VCBS των 407 συμμετεχόντων στην μελέτη ως προς τη μορφή εργασίας τους.

Ερώτηση	Εργασία			p-value	p-trend
	επαγγελματίες υγείας	άλλο επάγγελμα υγείας	Μη επαγγελματίες υγείας		
	Μέση τιμή (τυπ. σφ.)				
Τα δεδομένα για το πόσο ασφαλή είναι τα εμβόλια είναι συχνά ψεύτικα και κατασκευασμένα	2,78 (0,10)	2,84 (0,16)	3,36 (0,15)	0,039	0,011
Ο εμβολιασμός των παιδιών είναι επιβλαβής και αυτό το γεγονός συγκαλύπτεται	2,03 (0,09)	2,13 (0,15)	2,48 (0,14)	0,043	0,012
Οι φαρμακευτικές εταιρείες συγκαλύπτουν τους κινδύνους από τα εμβόλια	3,14 (0,11)	3,35 (0,18)	3,86 (0,17)	0,079	0,028
Ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων	3,60 (0,13)	3,57 (0,21)	3,69 (0,20)	0,773	0,491
Τα δεδομένα για το πόσο αποτελεσματικά είναι τα εμβόλια είναι συχνά κατασκευασμένα	2,81 (0,10)	2,91 (0,17)	3,39 (0,16)	0,046	0,013
Ο κόσμος παραπλανάται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων	3,73 (0,13)	3,62 (0,21)	3,77 (0,20)	0,799	0,646
Η κυβέρνηση προσπαθεί να συγκαλύψει τη σχέση ανάμεσα στα εμβόλια και τον αυτισμό	2,63 (0,11)	2,88 (0,17)	3,32 (0,16)	0,009	0,002

Πίνακας 10. Επίπεδα βαθμολογίας (score) κλίμακας VCBS των 407 συμμετεχόντων στην μελέτη ως προς τη μορφή εργασίας τους.

	Εργασία			p-value	p-trend
	<i>επαγγελματίες υγείας</i>	<i>άλλο επάγγελμα υγείας</i>	<i>Μη επαγγελματίες υγείας</i>		
	Μέση τιμή (τυπ. σφ.)				
Μέση Βαθμολογία VCBS	2,96 (0,09)	3,06 (0,15)	3,39 (0,13)	0,060	0,018

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των πεποιθήσεων απέναντι στον εμβολιασμό. Και στη δική μας ερευνητική μελέτη, αλλά και στην εργασία που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, όπου και χρησιμοποιήσαμε κοινό ερωτηματολόγιο, γίνεται προσπάθεια ανάλυσης των πεποιθήσεων των ατόμων που συμμετείχαν στις έρευνες με στόχο να υλοποιηθεί ο σκοπός. Το γενικό δείγμα ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα του Καναδά ήταν 1608 γονείς, όπου τα 181 άτομα αποκλείστηκαν λόγω υποψίας μη έγκυρων απαντήσεων. Οπότε το τελικό δείγμα ήταν 1427 γονείς. Οι γυναίκες που απάντησαν στην έρευνα ήταν 967, ενώ οι άντρες 460. Στη παρούσα έρευνα το γενικό δείγμα ήταν 407 άτομα με το γυναικείο πληθυσμό να είναι 302 και τον αντρικό πληθυσμό 105. Όσον αφορά το ηλικιακό πλαίσιο των συμμετεχόντων στη δική μας έρευνα ήταν από 19-68 ετών, ενώ στη μελέτη του Καναδά ήταν από 26-69 ετών. Επιπλέον και στις δυο έρευνες το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων που κατείχε ανώτατη πανεπιστημιακή μόρφωση ήταν 78,8% ενώ στην παρούσα έρευνα ήταν 92,6%. Αυτό το γεγονός θεωρείται λογικό λόγω της δωρεάν εκπαίδευσης στην ελληνική κοινότητα σε σύγκριση με τον Καναδά όπου η εκπαίδευση κοστίζει. Επιπροσθέτως, το μεγαλύτερο ποσοστό (45,7%) δήλωνε ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας του ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια, ενώ στη μελέτη του Καναδά το 32,2% άνηκε στα φυσιολογικά οικονομικά πλαίσια.

Με βάση την ερευνητική μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά και στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των δύο κοινών ερωτηματολογίων. Το δείγμα πληθυσμού στην παρούσα έρευνα είναι 407 άτομα ενώ στην ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 1427 γονείς.

Στην ερώτηση ότι τα δεδομένα για το πόσο ασφαλή είναι τα εμβόλια είναι συχνά ψεύτικα και κατασκευασμένα η μέση τιμή της έρευνας μας είναι 2,97 και είναι μικρότερη από αυτή του Καναδά που είναι 3,42.

Όσον αφορά το γεγονός της συγκάλυψης και της επικινδυνότητας η μέση τιμή του Καναδά είναι μεγαλύτερη με αριθμό 2,77 από την δική μας έρευνα με μέση τιμή 2,18.

Επιπλέον στην αντίληψη ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες συγκαλύπτουν τους κινδύνους των εμβολίων η μέση τιμή στην ερευνητική μας εργασία με 3,39 είναι μικρότερη από την μελέτη του Καναδά όπου η μέση τιμή είναι 3,85

Ακόμη στην ερώτηση εάν ο κόσμος παραπλανάται για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων φαίνεται ότι η μέση τιμή της δικής μας έρευνας είναι μεγαλύτερη με 3,62 από του Καναδά με 3,59.

Η μέση τιμή με 3,45 στην εργασία του Καναδά είναι μεγαλύτερη από τη μέση τιμή με αριθμό 3,00 της παρούσας έρευνας όσο αφορά για το αν τα δεδομένα για το πόσο αποτελεσματικά είναι τα εμβόλια είναι συχνά κατασκευασμένα.

Επιπροσθέτως σχετικά με το αν το κοινωνικό σύνολο παραπλανάται για την ασφάλεια που παρέχουν τα εμβόλια με μέση τιμή στη δική μας έρευνα 3,78 και της έρευνας του Καναδά με μικρότερη μέση τιμή 3,69.

Στην ερώτηση για το αν η κυβέρνηση προσπαθεί να συγκαλύψει τη σχέση ανάμεσα στα εμβόλια και τον αυτισμό βρέθηκε ότι η έρευνα του Καναδά έχει αυξημένη μέση τιμή 3,16 σε σύγκριση με τη δική μας που είναι 2,82.

Η μέση τιμή στις περισσότερες ερωτήσεις πάνω στο κομμάτι των πεποιθήσεων, όπου η αυξημένη μέση τιμή υποδηλώνει αρνητική στάση, στη μελέτη του Καναδά είναι μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των απαντήσεων στη παρούσα έρευνα. Οπότε στη δική μας έρευνα οι αντιλήψεις σχετικά με τα εμβόλια είναι περισσότερο θετικές σε σύγκριση με αυτή του Καναδά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες έχουν διαμορφώσει θετική στάση και αντιλήψεις για τον εμβολιασμό. Επίσης υπάρχει σύγκριση στο κομμάτι των πεποιθήσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους μη επαγγελματίες υγείας. Σε γενικές γραμμές, η στάση των επαγγελματιών υγείας και των μη επαγγελματιών υγείας δε διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το γενικότερο συμπέρασμα της παρούσας έρευνας είναι ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διατηρούσαν θετικές πεποιθήσεις ως προς τον εμβολιασμό για τους ίδιους και για το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους. Επιπροσθέτως τα άτομα της έρευνας που ανήκουν στον τομέα της υγείας κατέχουν μία πιο θετική στάση απέναντι στον εμβολιασμό σε αντίθεση με τα άτομα που εργάζονται σε διαφορετικούς τομείς πέρα από την υγεία. Αυτό οφείλεται στις γνώσεις και την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας. Ακόμη ένα συμπέρασμα είναι πως σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούσαν τις πεποιθήσεις απέναντι στους εμβολιασμούς ένα αυξημένο ποσοστό ατόμων διατηρούσε ουδέτερη θέση ασχέτως του επαγγελματικού προσανατολισμού του.

Επίσης διακρίνεται από την ερευνητική εργασία ότι η πρωτογενής πρόληψη δεν είναι τόσο ανεπτυγμένη έτσι ώστε να μειωθούν οι αρνητικές πεποιθήσεις και οι προβληματισμοί της κοινωνίας. Είναι ανάγκη να αναπτυχθούν οι τρόποι ενημέρωσης της σκοπιμότητας και της αναγκαιότητας του εμβολιασμού από το γενικότερο σύστημα υγείας.

Γενικότερα, ο εμβολιασμός είναι ασφαλής και ωφέλιμος για την κοινωνία αλλά και για την προσωπική υγεία του ατόμου καθώς υπάρχει σημαντικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Αν και πολλές ασθένειες έχουν εξαλειφθεί ή μειωθεί σε πολλές χώρες σε καμία περίπτωση δεν είναι σωστό να σταματήσει ο συστηματικός εμβολιασμός των ατόμων. Στην περίπτωση των υγειονομικών θα πρέπει να εξεταστεί το αν θα πρέπει ή όχι να γίνει υποχρεωτικός ώστε να συμβάλλει στην διατήρηση της υγείας τους και να τους παρέχει προστασία από τον υφιστάμενο κίνδυνο των λοιμωδών νοσημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αθανασοπούλου Μ., Μεχίλι-Ευκελειντ Α., Αθανασοπούλου Α., Διομήδους Μ.(2013)
Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπος τους στη
Δημόσια Υγεία. Διεπιστημονική φροντίδα υγεία 5(4):162-167.
- Αρβανιτιδου – Βαγιώνη Μ. (2009) Κοινωνική και προληπτική Ιατρική. Θεσσαλονίκη
University Studio Press.Ορισμοί και στόχοι της κοινωνικής και προληπτικής
Ιατρικής.σελ. (21-22)
- Δετοράκης, Ι. (2003) Βασικές αρχές υγιεινής. Αθήνα. Παρισιανού Μόλυνση-Λοίμωξη-
Ανοσία και εμβόλια. σελ(30)
- Εθνική σχολή δημόσιας υγείας Υγειονομική Σχολή Αθηνών 1929-1994 Ανοικτά κέντρα
Προστασίας της υγείας. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.
- Κακλαμάνη, Ε. Φραγκούλη – Κουμαντάκη (1994) Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας.
Αθήνα .Πασχαλίδης σελ. (67-68).
- Κυριαζής Ι., Σαρίδη Μ., Μπόμπολας Π., Ζέρβας Ε., Μενδρινός Δ., (2009). Μελέτη
συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού στο ιατρονοσηλευτικό
προσωπικό γενικού νοσοκομείου. Βήμα του Ασκληπιού 8(3):197-199.
- Νικολόπουλος Δ. (2002) Εμβολιασμοί στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωση Στο: Τ εμβόλια
στην Ελλάδα. Εκδόσεις Ελληνική Παιδιατρική Εταιρία, Αθήνα
- Νικολόπουλος, Δ. (2000). Εμβολιασμοί στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Τα εμβόλια
στην Ελλάδα. Αθήνα. Ελληνική παιδιατρική εταιρεία.
- Παπαευαγγέλου Β., (2009), Επιφυλάξεις και προβληματισμοί των γονέων για την
ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολιασμών. Εξελίξεις στην παιδιατρική
διαγνωστική και θεραπευτική. Εκδόσεις Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθήνα
- Παπάζογλου Α., Παπαδελλης Τσίφτης Γ., Παυλοπούλου Ι., Κρητικός Κ., Τσουμακας Κ.,
(2012). Οι στάσεις των γονέων στους εμβολιασμούς των παιδιών. Αρχεία Ελληνικής
Ιατρικής . 29(4):463.
- Περδικάρης Α., Ανθούση Σ , Αμανατίδου Α., Παπαευαγγέλου Γ. (2000). Η στάση Ελλήνων
Ιατρών απέναντι στον γενικό εμβολιασμό κατά της Ηπατίτιδας Β. Αρχεία ελληνικής
ιατρικής 17(6):593-599.

- Τριανταφυλλίδου Μ. (2016). Πλαίσιο βελτίωσης της εμβολιαστικής κάλυψης για τα εμβόλια MMR και HPV στην 5^η υγειονομική περιφέρεια. Βήμα του Ασκληπιού. 15(4):328-330.
- Τριχόπουλος Δ. Καλαποθάκη Β. Πετρίδου Ε. 2002 Προληπτική ιατρική και δημόσια υγεία ιατρικές εκδόσεις Αθήνα σελ (263) Εμβολισμοί και δημόσια υγεία.
- Τριχόπουλος Δ., Τριχόπουλος Α., (1986) Προληπτική Ιατρική. Αθήνα, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός . Ανοσοποίηση. (σελ. 231-232)
- Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ. (1986) Προληπτική Ιατρική Αγωγή Υγείας Κοινωνική Ιατρική Δημόσια Υγιεινή. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γ. Ναβαρίνου 20 Αθήνα σελ. (235-253)
- Τσιλιγκίρογλου-Φαχανίδου Α. (1991) Υγιεινή Θεσσαλονίκη.University studio press Πρόληψη λοιμωδών νόσων και Επιδημιολογία. σελ.(19-20)
- Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, Α. (1991). Υγιεινή Θεσσαλονίκη.University studio press . Πρόληψη Λοιμωδών Νόσων και επιδημιολογία. σελ (15-21)
- Φράγκου Α., (2016). Διερεύνηση πεποιθήσεων σε σχέση με τον εμβολιασμό στη σύγχρονη εποχή. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης, 9(2):14-15.
- Χαράμη Ε. , Τριρώνη Μ., Πρεζεράκος Π. ,Αγοραστός Θ. ,Ζυγά Σ. (2014). Διερεύνηση γνώσεων γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 31(3):342-351.
- Χατζηγεωργίου Δ. ,(2010) Εμβολιασμοί στο υγειονομικό προσωπικό.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Al- Tawfiq, J.A. Antony A. , Abed M. , (2009). Attitudes towards influenza vaccination of multi-nationality health care workers in Saudi Arabia. Vaccine 27(40) 5538-5541
- Chalmers C. , (2006). Understanding health care worker up take of influenza vaccination: a survey. British journal of infection control 7(2):12
- Clark S. J., Cowan A. , Wortley P. , (2009). Influenza vaccination attitudes and practices among US registered nurses. American Journal of infection control. 37(7): 551-556.
- Dedoukou X, Nikolopoulos G, Maragos A, Giannoulidou S, Maltezos HC. (2010). Attitudes towards vaccination against seasonal influenza of health-care workers in primary health-care settings in Greece. Vaccine. 23;28(37):5931-3.

- Hak E., Schonbeck Y., De Melker H., Van Essen A., Sanders M. (2005). Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program.23:(3013-3017).
- Hockenberry M., Wilson D., (2011) Παιδιατρική Νοσηλευτική, Θεμελιώδεις γνώσεις για την φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα. Προοπτικές εξέλιξης της παιδιατρικής Νοσηλευτικής. (σελ.3)
- IVAN ILLICH (2010). Ιατρική Νέμεση. Η αλλοτρίωση της υγείας., Νησίδες Εκδόσεις , Θεσσαλονίκη
- Livni G. , Yaari A. , Tirosh N. , Ashkenazi S. , (2008). Attitudes knowledge and factors relates to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers. Journal of pediatric infectious diseases 3(2): 111-117
- Maltezu HC, Maragos A., Katerelos P., Paisi A., Karageorgou K., Papadimitriou T., Pierroutsakos IN(2008). Influenza vaccination acceptance among health care workers a nationwide survey. Vaccine. 26(11). : 1408-1410
- Maltezu HC., (2010). Attitudes towards vaccination against seasonal influenza of health workers in primary health – care settings in Greece.37 (28).
- Nies, M. McEwen, M. (2001) Κοινωνική νοσηλευτική .Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών., Αθήνα. Λαγός, Λοιμώδη νοσήματα και δημόσια υγεία. σελ(589)
- Raftopoulos V. (2008). Attitudes of nurses in Greece towards influence vaccination. Nursing standard, 23(4) : 35-42.
- Shahrabani S., Benzion U., Yom Din G., (2009) Factors affecting nurses decision to get the flu vaccine. The European Journal of Health economics. 10(2):227-231.
- Shapiro G, Holdinga A, Pereza S, Amsela R, Rosberger Z. (2016). Validation of the vaccine conspiracy beliefs scale. Papillomavirus research 2 167-172
- Stanhope M., Lancaster J., (2016). Κοινωνική Νοσηλευτική. Κύπρος . Πασχαλίδης. Συστήματα φροντίδας Υγείας και Δημόσιας Υγείας στις ΗΠΑ. σελ.(84-92),
- Trivalle C. ,Okenge E. , Hamon B. , Tailfandier J. ,Falissard B. (2006) Factors that influence influenza vaccination among healthcare workers in a French geriatric hospital. Inflection control and hospital epidemiology. 27(11) 1278
- WHO. Immunization. Vaccines and Biologicals

- Willis B., Wortley P. , (2007). Nurses attitudes and beliefs about influenza and the influenza vaccine: a summary of focus groups in Alabama and Michigan. *American Journal of infection control*. 35(1): (20-24)
- Wroe A., Bhan A., Salkovskis P., Bedford H.,(2005). Feeling bad about immunizing our children, *US National Library of Medicine, National institutes of health*. 23(12):1428-1433.