



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΣΤΡΕΚΛΑ ΕΥΓΕΝΙΑ**

## **Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

*Επιβλέπων:* Δρ Μωραΐτης Ευάγγελος

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



UNIVERSITY  
OF PIRAEUS

MASTER IN  
*HEALTH MANAGEMENT*



TEI OF PIRAEUS

STREKLA EVGENIA

PREVENTION IN GREECE

Graduate Thesis Submitted for the Degree of Msc in  
Health Management

PIRAEUS, 2011

---

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσης εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους, οι οποίοι βοήθησαν για την πραγματοποίησή της, χωρίς την βοήθεια των οποίων, η εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Μωραΐτη Ευάγγελο για την πολύτιμη βοήθεια του στον προσανατολισμό της εργασίας στο θέμα της πρόληψης και την σημαντική καθοδήγηση του.

Οφείλω να ευχαριστήσω την κ. Γιώτη Μαρία, Παθολόγο Ιατρό, Διευθύντρια ΕΣΥ στο Γ.Ν Κυθήρων, τον κ. Τσαρτόλια Χρήστο, Χειρουργό-Ορθοπαιδικό Ιατρό, Διδάκτορα Πανεπιστημίου Πατρών και τον κ. Ψαρά Γαβριήλ, Διευθυντή Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν Κυθήρων για την εξαιρετικά σημαντική βοήθεια τους στην επεξήγηση ιατρικών όρων και στην έννοια και σημασία της πρόληψης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Ιορδανίδη Σπάρτακο, Γενικό Ιατρό Διευθυντή Κ.Υ Κυθήρων και την κ. Καλιγέρου Μαρία, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Γ.Ν Κυθήρων και την κ. Μούμου Παναγιώτα Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Γ.Ν Κυθήρων για την πολύτιμη βοήθεια τους στην σύνταξη του ερωτηματολογίου και την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Ευχαριστώ όσους συμπλήρωσαν εθελοντικά το ερωτηματολόγιο της ερευνάς μου βοηθώντας με να γίνει πράξη ο στόχος της εργασίας μου.

Τέλος δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την υποστήριξη που μου έδωσαν ώστε να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία.

Ευχαριστώ

---

## Περίληψη

Η σημασία της πρόληψης είναι αδιαμφισβήτητη. Βασικός στόχος της πρόληψης είναι η αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι δυνατό στη διαδικασία που οδηγεί από την έκθεση του οργανισμού σε κάποιο παράγοντα κινδύνου ως και την εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προληπτικά μέτρα που σκοπό έχουν την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών που μπορούν να οδηγήσουν τελικά στην κλινική έκδηλη νόσηση και στο θάνατο του ατόμου. Περιλαμβάνει μέτρα με τα οποία επιτυγχάνεται η εξουδετέρωση αιτιολογικών παραγόντων της νόσου η αποφυγή έκθεσης του ατόμου στους αιτιολογικούς νοσογόνους παράγοντες και η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων έναντι των αιτιολογικών νοσογόνων παραγόντων

Η Δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στα προληπτικά μέτρα τα οποία εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων σε πρώιμο στάδιο με σκοπό την καλύτερη πρόγνωση.

Η τριτογενής πρόληψη, αφορά στα μέτρα που εφαρμόζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόληψη ανικανότητας, η αποκατάσταση βλαβών ή και η αποφυγή υποτροπών μιας ήδη εγκατεστημένης νόσου.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι ήταν να ανιχνεύσουμε κατά πόσο είναι ή θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος ο πολίτης για την πρόληψη, για τους παράγοντες κινδύνου, για τον προληπτικό έλεγχο, τη σωστή διατροφή, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, και από ποιές πηγές ενημερώνεται, προκειμένου να διαπιστώσουμε που υπάρχουν κενά και να διατυπώσουμε προτάσεις για το ποια μέσα είναι τα πιο κατάλληλα για τη σωστή ενημέρωση και πρόληψη.

Για το σκοπό αυτό η **μεθοδολογία** που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ειδικό ερωτηματολόγιο με 22 ερωτήσεις που αφορούσαν στην ενημέρωση των πολιτών για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο, το οποίο μοιράστηκε σε δείγμα 80 ατόμων.

Τα κυριότερα **αποτελέσματα** της έρευνας ήταν πως η ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη δεν θεωρείται επαρκής, ότι κύρια πηγή ενημέρωσης για την πρόληψη είναι η τηλεόραση και πως υπάρχει αναγκαιότητα για το σωστό σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής στα σχολεία για την πρόληψη.

Τα **συμπεράσματα** της παρούσης εργασίας συγκεντρώνονται ως εξής : οι ερωτηθέντες γνωρίζουν ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Σαν παράγοντες κινδύνου για τα παραπάνω νοσήματα ανέφεραν τη διατροφή , το κάπνισμα, την κληρονομικότητα, τη χρήση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ως κύρια πηγή ενημέρωσης θεωρείται η τηλεόραση-ραδιόφωνο. Το 77,50% των ερωτηθέντων δεν θεωρούν ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου Παρόλα αυτά το 77,5% των ερωτηθέντων πιστεύει πως δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη σωστή διατροφή και την κατανάλωση αλκοόλ και το 68,8% αντίστοιχα για τη χρήση ναρκωτικών. Αντίθετα για το κάπνισμα το 100% πιστεύει πως υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος. Το 100% πιστεύει ότι υπάρχει αναγκαιότητα να εφαρμοσθούν προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία για την διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και για τον προληπτικό έλεγχο. Η ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου και για τον προληπτικό έλεγχο θεωρείται πάρα πολύ σημαντική σε ποσοστό 81,25 % και πολύ σημαντική σε ποσοστό 18,75 %. Τα ίδια ποσοστά ισχύουν και για τη σημασία εφαρμογής για τα προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία.

Παρά τις θετικές διαπιστώσεις από το διεθνή χώρο, στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί ενιαία εθνική πολιτική όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου πρέπει να υιοθετηθούν προσεγγίσεις δημόσιας πολιτικής υγείας οι οποίες θα βασίζονται στη διατομεακή συνεργασία όλων των αρμόδιων-σχετικών με την υγεία τομέων και στη χρήση επιτυχημένων εργαλείων και μεθόδων αγωγής υγείας (τηλεοπτικά προγράμματα, ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, κ.λ.π.).

Λέξεις- κλειδιά: Πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής πρόληψη, παράγοντες κινδύνου, αγωγή υγείας, πολιτική υγείας, προληπτικός έλεγχος

## Abstract

The importance of prevention is indisputable. The main objective of prevention is the recantation or interruption of pathogenic mechanism, whenever that is possible during the process which leads from the exposure of organism to risk factors up to the appearance of disease symptoms. The prevention is distinguished in primary, secondary, tertiary. The primary prevention includes the preventive actions that aim to stop the beginning of the pathogenetic processes that can lead finally to the clinical evident, illness and to the death of individual. It includes actions with which are achieved the neutralisation of causative factors of illness the evasion of report of individual in the causative pathogenic factors and the strengthening of sensitive individuals against the causative pathogenic factors. The secondary prevention is reported in the preventive metres which are applied when already have begun the pathogenic processes and aim in the preventive diagnosis of deseases in the earlier stage aiming at the better forecast. The tertiary prevention, concerns in the metres that are applied so that are ensured the prevention of disability, the re-establishment of damage or even the evasion of relapses of already installed illness.

The **purpose** of the present study is to explore how much informed people are or think they are about prevention of illness, the main risk factors, preventive control, smoking, alcohol, nutrition and drugs, from where they collect mainly their information in order to realise existing voids and to formulate most suitable proposals for prevention.

In order to achieve those goals the **methods**, which were used was also a specific questionnaire consisting 22 questions, that concerned the right information on the risk factors and the detection control, which was shared randomly and completed by 80 individuals.

The main **results** of this research were that people think the information on prevention is not considered sufficient, that main source of briefing on prevention is television and that exist necessity for the correct planning and application of educational programs in schools for the prevention.

The **conclusions** of present study are assembled as follows: the target- people know that cardiovascular deseases and cancer are the main causes of death in Greece. As risk factors for these deseases they reported nutrition, smoking, heredity, the use alcohol

and the use of narcotic substances. As main source of briefing is considered the television-radio. The 77,50% of the people we asked do not consider that exists sufficient briefing on the risk factors. Nevertheless the 77,5% of the people we asked believe that do not exist sufficient briefing on right nutrition and consumption alcohol and the 68,8% for the use of narcotics. On the contrary for smoking they all believe that exists sufficient briefing on the dangers of smoking. The 100% of the people we asked believe that is a necessity to apply health educational programmes in schools for the nutrition, smoking, alcohol and the use of narcotic substances and for the preventive control. The briefing for the risk factors and for the preventive control is considered too much important in percentage 81,25% and very important in percentage 18,75%. The same percentages are also in effect for the importance of application for the health educational programs in schools.

Even though it seems to work well abroad Greece has not a unified policy concerning the prevention. In order to face effectively the risk factors, approaches of public policy that will involve a lot of sectors (briefing, educational programs, etc.) should be adopted.

Key words: primary, secondary, tertiary prevention, risk factors, health policy, detection control, health education

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	iii
Περίληψη.....	iv
Abstract .....	vi
Περιεχόμενα .....	viii
Κατάλογος διαγραμμάτων-πινάκων-εικόνων .....	xi
Συνομειύσεις .....	xv
Πρόλογος .....	2

### Κεφάλαιο Πρώτο

1.1 Παγκοσμιοποίηση και πολιτικές υγείας.....	4
1.1.1 Οι επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στην υγεία .....	4
1.1.2 Πολιτική υγείας και παγκόσμια πολιτική υγείας.....	6
1.1.3 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ).....	8
1.2 Πολιτικές υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	9
1.2.1 Οι Συνθήκες.....	9
1.2.2 Κοινοτικά Προγράμματα Δράσης.....	15
1.3 Δημόσια υγεία και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα.....	19
1.3.1 Πολιτική υγείας στην Ελλάδα, η υπάρχουσα κατάσταση.....	19
1.3.2 Εθνικό σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2008-2012.....	22

### Κεφάλαιο Δεύτερο

2. Πρόληψη και κυριότεροι παράγοντες κινδύνου .....	24
2.1 Η σημασία και η υπεροχή της πρόληψης .....	24
2.1.1 Η έννοια της Πρόληψης .....	24
2.1.2 Η σημασία της πρόληψης και η υποβάθμιση της στην Ελλάδα .....	25
2.2 Στρατηγικές Πρόληψης.....	29
2.2.1 Σχέση στρατηγικών πρόληψης-σταδίου νόσου-επιπέδου πρόληψης .....	29
2.2.2 Μέθοδοι Αγωγής Υγείας .....	34



2.3 Παράγοντες κινδύνου.....	37
2.3.1 Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού .....	37
2.3.2 Παράγοντες κινδύνου & Ελλάδα.....	41
2.3.2.1. Διατροφή –σωματική άσκηση –παχυσαρκία .....	42
2.3.2.2. Κάπνισμα.....	46
2.3.2.3. Αλκοόλ.....	47
2.3.2.4. Ναρκωτικά.....	50

### Κεφάλαιο Τρίτο

3. Πρόληψη παραγόντων κινδύνου –νόσων & Εθνικά Σχέδια Δράσης.....	53
3.1 Πρόληψη Παραγόντων Κινδύνου .....	55
3.1.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές.....	56
3.1.2 Εθνικό Σχέδιο δράσης για το κάπνισμα και τις συνέπειες του.....	57
3.1.3 Εθνικό σχέδιο για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην υγεία .....	60
3.1.4 Εθνικό Σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά.....	62
3.1.5 Εθνικό Σχέδιο δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων.....	64
3.2. Πρόληψη Νόσων.....	66
3.2.1 Εθνικό Σχέδιο δράσης για τον Καρκίνο .....	66
3.2.2 Εθνικό Σχέδιο δράσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.....	69
3.2.3 Εθνικό Σχέδιο δράσης για τα ατυχήματα .....	70
3.2.4 Εθνικό Σχέδιο δράσης για το AIDS .....	72
3.2.5 Εθνικό Σχέδιο δράσης για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων .....	74

### Κεφάλαιο Τέταρτο

4. Έρευνα σχετικά με την ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη .....	79
4.1 Η έρευνα.....	79
4.1.1 Σκοπός, σημασία και χρησιμότητα της έρευνας .....	79
4.1.2 Το εργαλείο της έρευνας - Η δομή του ερωτηματολογίου .....	79

4.1.3 Το δείγμα της έρευνας και η μέθοδος διανομής και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου .....	80
4.2 Αποτελέσματα - Στατιστική επεξεργασία δεδομένων .....	81
4.2.1. Ενότητα Α: Δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων ....	81
4.2.1. Ενότητα Β: Βαθμός ενημέρωσης για την πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου .....	85
4.2.1. Ενότητα Γ: Αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας .....	104
4.3 Συζήτηση .....	108
Κεφάλαιο Πέμπτο	
5.Συμπεράσματα –Προτάσεις.....	111
Βιβλιογραφία .....	131
Παράρτημα Α.....	138

## Κατάλογος Σχημάτων-Πινάκων-Εικόνων

### Πίνακες

1. Πίνακας 1.1. Διαστάσεις και σφαίρες της παγκόσμιας υγείας .....	7
2. Πίνακας 1.2. Χρονολογικός πίνακας κυριότερων σταθμών στην ανάπτυξη πολιτικής υγείας στην Ε.Ε .....	10
3. Πίνακας 2.1. Σχέση στρατηγικών πρόληψης-σταδίου νόσου-επίπεδο πρόληψης...34	
4. Πίνακας 2.2. Ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα κατά φύλλο και ηλικία .....	46
5. Πίνακας 4.1. Φύλο των ερωτηθέντων.....	81
6. Πίνακας 4.2. Ηλικία των ερωτηθέντων.....	82
7. Πίνακας 4.3 .Εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.....	83
8. Πίνακας 4.4. Δηλωθέν εισόδημα των ερωτηθέντων.....	84
9. Πίνακας 4.5 Πρώτος παράγοντας κινδύνου.....	87
10. Πίνακας 4.6 . Δεύτερος παράγοντας κινδύνου.....	87
11. Πίνακας 4.7 Τρίτος παράγοντας κινδύνου.....	87
12. Πίνακας 4.8 Κίνδυνοι καπνίσματος .....	92
13. Πίνακας 4.9. Κίνδυνοι αλκοόλ.....	93
14. Πίνακας 4.10 .Κίνδυνοι από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.....	94
15. Πίνακας 4.11. Επαρκής ενημέρωση για τη διατροφή.....	96
16. Πίνακας 4.12. Επαρκής ενημέρωση για το κάπνισμα.....	96
17. Πίνακας 4.13. Επαρκής ενημέρωση για την κατανάλωση αλκοόλ.....	96
18. Πίνακας 4.14. Επαρκής ενημέρωση για την χρήση ναρκωτικών.....	97
19. Πίνακας 4.15. Τεστ προληπτικού ελέγχου 1.....	98
20. Πίνακας 4.16. Τεστ προληπτικού ελέγχου 2.....	99
21. Πίνακας 4.17. Τεστ προληπτικού ελέγχου 3.....	99
22. Πίνακας 4.18. Ηλικία διενέργειας του Pap test .....	100
23. Πίνακας 4.19. Συχνότητα διενέργειας του Pap test .....	100
24. Πίνακας 4.20. Ηλικία διενέργειας της μέτρησης PSA.....	102
25. Πίνακας 4.21. Συχνότητα διενέργειας της μέτρησης PSA.....	102
26. Πίνακας 4.22 Εκτίμηση επαρκούς ενημέρωσης για προληπτικό έλεγχο.....	103
27. Πίνακας 4.23 Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τη Διατροφή.....	104
28. Πίνακας 4.24 Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για το	

Κάπνισμα.....	104
29. Πίνακας 4.25 Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για την κατανάλωση αλκοόλ.....	104
30. Πίνακας 4.26 Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.....	105
31. Πίνακας 4.27. Αναγκαιότητα προγρ. σχολεία προληπτικού ελέγχου.....	105
32. Πίνακας 4.28 Αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας .....	106

### Διαγράμματα

1. Διάγραμμα 2.1. Πληθυσμός την 1η Ιαν. των ετών 1996 - 2006, κατά φύλο.....	37
2. Διάγραμμα 2.2. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004).....	38
3. Διάγραμμα 2.3. Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004).....	38
4. Διάγραμμα 2.4. Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 – 2004) .....	39
5. Διάγραμμα 2.5. Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).....	40
6. Διάγραμμα 2.6. Εξέλιξη του αριθμού των οδικών τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα (1996 - 2005).....	40
7. Διάγραμμα 2.7. Ποσοστιαία κατανομή των εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία πάθησης, στην Ελλάδα (2003).....	41
8. Διάγραμμα 2.8. Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.....	43
9. Διάγραμμα 2.9. Κατανάλωση ψαριού .....	43
10. Διάγραμμα 2.10. Κατανάλωση κόκκινου κρέατος .....	44
11. Διάγραμμα 2.11. Συχνότητα έντονης φυσικής δραστηριότητας.....	45
12. Διάγραμμα 2. 12. Εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ .....	48

13. Διάγραμμα 2.13. Διαχρονικά στοιχεία (1984-2004) για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στο γενικό πληθυσμό.....	50
14. Διάγραμμα 3.1. Εξέλιξη της προτυπώμενης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 15-29 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα.....	71
15. Διάγραμμα 4.1 Σχέση φύλου-ηλικίας.....	82
16. Διάγραμμα 4.2 Σχέση φύλου-εκπαίδευσης.....	83
17. Διάγραμμα 4.3 Σχέση φύλου –εισοδήματος.....	84
18. Διάγραμμα 4.4 Κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα.....	85
19. Διάγραμμα 4.5 Ηλικίες ερωτηθέντων που απάντησαν τροχαία ατυχήματα.....	86
20. Διάγραμμα 4.6 Παράγοντες Κινδύνου.....	86
21. Διάγραμμα 4.7 Πηγή ενημέρωσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου.....	89
22. Διάγραμμα 4.8 Πηγή Ενημέρωσης για παράγοντες κινδύνου ηλικίας κάτω των 30 ετών.....	89
23. Διάγραμμα 4.9. Επάρκεια ενημέρωσης για τους παράγοντες κινδύνου.....	90
24. Διάγραμμα 4.10 Γνώση μεσογειακής διατροφής.....	91
25. Διάγραμμα 4.11. Πηγή ενημέρωσης για την μεσογειακή διατροφή.....	92
26. Διάγραμμα 4.12 Πηγή ενημέρωσης για το κάπνισμα.....	93
27. Διάγραμμα 4.13. Πηγή ενημέρωσης για το αλκοόλ.....	94
28. Διάγραμμα 4.14. Πηγή ενημέρωσης για τα ναρκωτικά.....	95
29. Διάγραμμα 4.15.Τεστ προληπτικού ελέγχου.....	98
30. Διάγραμμα 4.16 Πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο.....	103
31. Διάγραμμα 4.17.Σημασία ενημέρωσης σχετικά με παράγοντες κινδύνου και προληπτικό έλεγχο.....	106
32. Διάγραμμα 4.18.Ευθύνη ενημέρωσης.....	107
33. Διάγραμμα 4.19. Ευθύνη σχεδιασμού.....	108
34. Διάγραμμα 5.1 Θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Έτος έναρξης 1988.....	117

## Εικόνες

1. Εικόνα 1.1 Health indicators.....	21
2. Εικόνα 2.1. Παχύσαρκοι ενήλικες Ελλάδα-Ευρωπαϊκός μέσος όρος .....	45
3. Εικόνα 2.2. Επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ ενηλίκων στην Ελλάδα .....	47
4. Εικόνα 2.3. Κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. ΤΩΝ 15.....	49
5. Εικόνα 4.1 . Ιεράρχηση παραγόντων κινδύνου.....	88
6. Εικόνα 4.2 . Πηγή ενημέρωσης για τον καρκίνο.....	90
7. Εικόνα 4.3. Ηλικία τεστ παπ.....	101
8. Εικόνα 4.4. Συχνότητα διενέργειας του Pap test .....	101

## Συντομεύσεις

Α.Ε.Π.....	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ε.Ε. ....	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΠΙΨΥ .....	Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής
ΕΣΑΥ.....	Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας
Ε.Σ.Δ.Υ. ....	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΠΑ .....	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
ΕΣΥ.....	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΕΤ .....	Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων
Η.Π.Α.....	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ .....	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ .....	Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών και Πρόληψης Νοσημάτων
Κ.Ε.Δ.Υ.....	Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας
ΚΥ .....	Κέντρο Υγείας
Μ.Κ.Ο .....	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΜΜΕ .....	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Ν.Ε.Σ.Α.Υ... ..	Νομαρχιακών Επιτροπών Αγωγής Υγείας
Ο.Α.Σ.Α .....	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΗΕ .....	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΚΑΝΑ.....	Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών

Π.Ε.Δ.Υ .....	Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας
Π.Ο.Υ .....	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ .....	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Φ.Ε.Κ.....	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
AIDS .....	Acquired Immune Deficiency Syndrome
DNA.....	Deoxyribonucleic Acid
ECDC.. .....	Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων
ECU.....	European Currency Unit
HIV .....	Human immunodeficiency virus
HPV.....	Human Papilloma Virus
OECD .....	Organisation Economic Co-operation and Development
PSA.....	Prostate-specific Antigen
SARS .....	Severe acute respiratory syndrome
SPSS .....	Statistical Package for Social Sciences

# Πρώτο κεφάλαιο Πολιτικές υγείας & Δημόσια Υγεία

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση  
της Υγείας

Στρέκλα Ευγενία

2011



## Πρόλογος

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ , πρώτη αιτία θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, δεύτερη ο καρκίνος, ακολουθούν άλλες μη- μεταδοτικές ασθένειες[1] .Τα μη μεταδοτικά νοσήματα αποτελούν ένα σύνολο νοσημάτων σημαντικό για τη δημόσια υγεία, το οποίο αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό της θνησιμότητας, της ανικανότητας και των πρόωρων θανάτων στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η Ελλάδα, όπως και όλες οι ανεπτυγμένες χώρες στον κόσμο, εμφανίζει αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και μείωση των λοιμωδών. Πρώτη αιτία θανάτου για όλες τις ηλικίες είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η δεύτερη αιτία ο καρκίνος.[2] Τίθεται ως προτεραιότητα η αγωγή υγείας και οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, ώστε να επιτευχθεί η μείωση των παραγόντων κινδύνου για αυτά τα νοσήματα. [1]

Τα πιο συχνά μη- μεταδοτικά νοσήματα είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος, νοσήματα τα οποία συνδέονται με διαδεδομένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορούν να προληφθούν επειδή συνδέονται με τον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα , η μη ισορροπημένη διατροφή, η παχυσαρκία, η μη φυσική άσκηση ,η κατανάλωση αλκοόλ αλλά και τις αρνητικές επιρροές του φυσικού περιβάλλοντος (έδαφος, αέρας, νερό) στο οποίο ζει ο πληθυσμός αναφοράς. Η αύξηση της θνησιμότητας λόγω των χρόνιων νοσημάτων καθώς και τα ευρήματα των πρώτων επιδημιολογικών ερευνών, που συνέδεσαν την εκδήλωση νοσημάτων με συγκεκριμένες καθημερινές συνήθειες, ώθησαν στη δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης με απώτερο στόχο την πρόληψη των νοσημάτων. Στις πιο αναπτυγμένες χώρες εφαρμόζονται προγράμματα παρέμβασης που στοχεύουν στη διαμόρφωση κατάλληλων συμπεριφορών, για την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι τα προγράμματα –παρεμβάσεις για την διατροφή στα σχολεία (π.χ 5-a-Day Power Plus, Coordinated Approach to Child Health, Eat Well and Keep Moving) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.[3]

Παρά τις θετικές διαπιστώσεις από το διεθνή χώρο, στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί ενιαία εθνική πολιτική όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Η σημασία της πρόληψης είναι αδιαμφισβήτητη. Βασικός στόχος της πρόληψης είναι η αναίρεση ή διακοπή της έκθεσης του ατόμου στον παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι δυνατό στη διαδικασία που οδηγεί από την έκθεση του οργανισμού σε κάποιο παράγοντα κινδύνου ως και την εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου. Η διαμόρφωση πολιτικής υγείας για την πρόληψη περιλαμβάνει προγράμματα

ενημέρωσης, πληροφόρησης για τους παράγοντες κινδύνου και την σημασία τους, προγράμματα εκπαίδευσης και υιοθέτησης υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς.

Στα Εθνικά σχέδια Δράσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη δημόσια υγεία, υπάρχουν άξονες δράσης και προγράμματα για την ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη. Δυστυχώς και αυτή η ιδιαίτερα σημαντική και για πρώτη φορά στη χώρα μας ολοκληρωμένη πρόταση διαμόρφωσης εθνικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία μάλλον θα μείνει «στα χαρτιά», δεδομένου ότι αφορά σε δράσεις που πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί στο χρονικό διάστημα 2008-2012 ελάχιστα έχουν γίνει. Και αποτελούσαν μια σημαντική ευκαιρία να υλοποιηθούν και να τεθούν οι βάσεις για ένα σωστό και ολοκληρωμένο σχεδιασμό για την ενημέρωση και αντιμετώπιση των βλαπτικών συνηθειών του σημερινού τρόπου ζωής και την υιοθέτηση υγιεινών προτύπων συμπεριφοράς. Η πρόληψη σώζει ζωές και η πρόληψη εξαρτάται και από εμάς τους ίδιους. Αν μάθουμε να ζούμε υγιεινά, δηλαδή σε αντιστοιχία με τις ανάγκες του οργανισμού μας και σε αρμονία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που μας περιβάλλει, διαφυλάττουμε την καλή μας υγεία και αυξάνουμε τη διάρκεια της ζωής μας.

## 1. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

### 1.1 Παγκοσμιοποίηση και πολιτικές υγείας

#### 1.1.1 Οι επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στην υγεία

Η ανάγκη εκτίμησης, της ποικιλομορφίας των επιδράσεων που έχει η παγκοσμιοποίηση στην υγεία αυξάνεται γρήγορα, δεδομένου ότι πολλές πρωτοβουλίες επιδιώκουν την πιο λεπτομερή κατανόηση αυτών των επιδράσεων και το σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών πολιτικών απαντήσεων σε αυτές. Οι νέες τεχνολογίες, ο νέος τεχνολογικός τρόπος παραγωγής, οι αλλαγές στις μεταφορές και στις επικοινωνίες, η αλλαγή του ρόλου του κράτους, η διεθνοποιημένη διάδοση συγκεκριμένων μορφών πολιτισμού, οι επιπτώσεις στο άτομο, η παγκοσμιοποίηση αγορών, η αλλαγή στις σχέσεις χρόνου και χώρου, καθώς συγκροτείται μια «ασώματη κοινωνία»[4], μια κοινωνία η οποία δημιουργείται χωρίς άμεση χειροπιαστή επαφή και ο χώρος τείνει σήμερα να εκμηδενιστεί ως παράγοντας δημιουργίας αναστολών στην επέκταση δραστηριοτήτων πάνω στον πλανήτη, είναι μόνο μερικές διαστάσεις της παγκοσμιοποίησης που επιδρούν στον άνθρωπο αλλά και στην υγεία του. Οι επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στην υγεία είναι, μεταξύ άλλων :

#### α) για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού

- χειροτέρευση κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας
- ανάδυση κινδύνων για φυσικό περιβάλλον και υπερεκμετάλλευση πόρων
- απελευθέρωση εμπορίου προϊόντων βλαπτικών για την υγεία
- εκμηδένιση αποστάσεων και εντατικοποίηση διεθνών επαφών
- διευκόλυνση διεθνούς μεταφοράς παραγόντων κινδύνου και μεταδοτικών ασθενειών

#### β) για την οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας.

- τρόπος χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας
- προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών, ποιότητα, διαθεσιμότητα, πρόσβαση
- επαναπροσδιορισμός ρόλου κράτους στη διαμόρφωση και άσκηση πολιτικής
- ενεργητικότερη συμμετοχή διεθνών οργανισμών

Παραδείγματος χάριν, η απειλή των τροφικών ασθενειών από το αυξανόμενο διεθνές εμπόριο, ο αυξανόμενος κίνδυνος από τις μολυσματικές ασθένειες ως αποτέλεσμα της

ιδιαίτερης κινητικότητας των πληθυσμών, το παράνομο εμπόριο ναρκωτικών, η περιβαλλοντική υποβάθμιση, όπως και η παγκόσμια αλλαγή κλίματος ή τα πυρηνικά ατυχήματα ξεπερνούν τα στενά κρατικά όρια και αποτελούν θέματα της παγκόσμιας υγείας. Η παγκόσμια υγεία ενδιαφέρεται για τους παράγοντες που συμβάλλουν στις αλλαγές, με την ιδιότητα των κρατών, για να μπορέσουν να διαχειριστούν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Η παγκοσμιοποίηση μπορεί να οριστεί ως οι διαδικασίες που αλλάζουν τη φύση των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων, συμπεριλαμβανομένων των τομέων της ανθρώπινης δραστηριότητας όπως του κοινωνικό-πολιτιστικού, πολιτικού, οικονομικού, τεχνολογικού και οικολογικού τομέα. «Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις τύποι ορίων, που χωρίζουν έως τώρα την ανθρώπινη αλληλεπίδραση - χωρική, χρονική και γνωστική(νοητική), οι οποίοι λόγω της παγκοσμιοποίησης επαναπροσδιορίζονται.»[5]

Τα χωρικά ή γεωγραφικά όρια γίνονται σχετικά λιγότερο σημαντικά ως συνεπεία της παγκοσμιοποίησης. Οι διεθνικές δραστηριότητες όπως οι εμπορικές συναλλαγές μεταξύ χωρών και το Διαδίκτυο δείχνουν ότι η γεωγραφική θέση έχει σήμερα πολύ μικρή σημασία. Στον τομέα υγείας, η αλλαγή των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων επιδρά και στο αίτιο (καθοριστικοί παράγοντες υγείας) και στο αιτιατό (κατάσταση της υγείας). Η παγκοσμιοποίηση στους οικονομικούς, πολιτικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικολογικούς και τεχνολογικούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας πρέπει να ληφθεί υπόψη ως τμήμα των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Τα παγκόσμια ζητήματα υγείας είναι εκείνα που δεν είναι περιορισμένα σε μια συγκεκριμένη χώρα ή μιας ομάδας χωρών, αλλά είναι διασυνοριακά στο αίτιο ή το αιτιατό. Αυτό σημαίνει ότι οι τρόποι με τους οποίους αντιλαμβανόμαστε τα γεωγραφικά όρια του κόσμου, και τα ζητήματα υγείας που σχετίζονται με αυτά τα όρια, πρέπει να προσαρμοστούν σε διαδικασίες που είναι διασυνοριακής φύσης.

Χρονικά όρια, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και βιώνουμε τον χρόνο, αλλάζει επίσης ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης. Για το μεγαλύτερο μέρος, η παγκοσμιοποίηση έχει χαρακτηριστεί από μια επιτάχυνση του ρυθμού των ζωών μας, ένα αίσθημα χρονικής συμπίεσης. «Ο τρόπος εξέλιξης της παγκοσμιοποίησης δημιουργεί στον καθημερινό πολίτη αισθήματα άγχους, φόβους και ανασφάλειες για το μέλλον.» [4] Τα αποτελέσματα αυτής της χρονικής αλλαγής στην υγεία είναι πάλι σχετικά και με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και της κατάστασης της υγείας. Οι αλλαγές σε

ορισμένους καθοριστικούς παράγοντες υγείας μπορούν να εκδηλωθούν γρηγορότερα ή να λειτουργήσουν μέσα σε ένα αλλαγμένο χρονοδιάγραμμα.

Η παγκοσμιοποίηση έχει μια γνωστική διάσταση που αφορά τις διαδικασίες που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις μας για μας και τον κόσμο γύρω μας. Η παγκοσμιοποίηση αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο η διαδικασία της σκέψης παράγεται και αναπαράγεται, ιδιαίτερα μέσω της διάδοσης των επικοινωνιακών τεχνολογιών των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας, των ερευνητικών κοινοτήτων και των διαπροσωπικών επικοινωνιών (π.χ. ηλεκτρονικό ταχυδρομείο), καθώς επίσης και ποιες σκέψεις παράγονται (π.χ. πεποιθήσεις, ιδεολογίες, ηθική, πολιτιστική ταυτότητα). Ο πιο διαδεδομένος ρόλος της γνωστικής διάστασης της παγκοσμιοποίησης επάνω στην υγεία είναι οι άμεσες συνέπειές της για τον τρόπο διατροφής και ζωής. Τα πρότυπα των διαφημίσεων, ο υπερκαταναλωτισμός, η διεθνοποιημένη διάδοση συγκεκριμένων μορφών πολιτισμού και διατροφικών συνηθειών, οι αλλαγές των συστημάτων αξιών, πεποιθήσεων, φιλοδοξιών, επιδρούν μάλλον αρνητικά στην κατάσταση της υγείας. Το αποτέλεσμα είναι μια σταθερή αύξηση εμφάνιση της παχυσαρκίας, των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων, του διαβήτη και ορισμένων καρκίνων.

Οι αλλαγές στα χωρικά, χρονικά και γνωστικά όρια μπορούν να θεωρηθούν ως διαστάσεις μιας παγκόσμιας αλλαγής. Οι ευρείς και αυξανόμενοι τομείς της παγκόσμιας πολιτικής υγείας και διακυβέρνησης περιλαμβάνουν προσπάθειες να καταλάβουν και να αποκριθούν αποτελεσματικά σε αυτές τις διαστάσεις της αλλαγής.

### *1.1.2 Πολιτική υγείας και παγκόσμια πολιτική υγείας*

Ως Πολιτική υγείας ορίζεται ως «μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων δραστηριοτήτων με σκοπό τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας»[6] ή «το σύνολο των αποφάσεων, των δεσμεύσεων και των μέτρων για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αποτελεί μια συμφωνία ως προς το σκοπό, τους στόχους και τους άξονες δράσης για την επίτευξη αυτών»[7].

Πίνακας 1.1. Διαστάσεις και σφαίρες της παγκόσμιας υγείας

Διαστάσεις/ Σφαίρες	Χωρική	Χρονική	Γνωστική
Οικονομική	Αναδιοργάνωση σε διεθνές επίπεδο των δραστηριοτήτων παραγωγής και εμπορίας των σχετικών με την υγεία βιομηχανιών	Ταχύτερη διακίνηση των μολυσματικών παραγόντων μέσω του εντεινόμενου εμπορίου φυτών και ζώων	Εξάπλωση νεοφιλελεύθερων πολιτικών υγείας στα πλαίσια της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας
		Γρηγορότερη μεταφορά από το εργαστήριο στην αγορά των νέων παρεμβάσεων υγείας	Παγκόσμια διεκδίκηση για την κατοχύρωση των πνευματικών δικαιωμάτων ιδιοκτησίας σε σχέση με τα φάρμακα κ.λπ
Πολιτική	Διεθνής κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών για ζητήματα υγείας	Εκστρατείες ταχείας ανταπόκρισης στις σχετικές με την υγεία αιτίες	Διάδοση την πρόσληψης της υγείας ως ανθρώπινου δικαιώματος
Κοινωνικο-πολιτισμική	Νέες μορφές ταυτότητας ως αποτέλεσμα κοινών αναγκών υγείας	Διάδοση τρόπων ζωής και των σχετικών συνθηκών φυσικής και ψυχικής υγείας	Επιρροή των παγκόσμιων ΜΜΕ στους τρόπους υγιεινής ζωής
Τεχνολογική	Δημιουργία νέων τύπων “χώρου” μέσω των τεχνολογιών της πληροφορικής και των επικοινωνιών	Ικανότητα ανάληψης ταχύτερης επιτήρησης και παρακολούθησης των ασθενειών	Χρησιμοποίηση internet για τη διάχυση των πληροφοριών
Περιβαλλοντική	Περιβαλλοντικές επιπτώσεις (π.χ. Chernobyl)	Επιταχυνόμενη εξάντληση φυσικών πόρων	Μετάδοση της έννοιας της βιωσιμότητας στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας

Πηγή: Lee K., Buse K. Fustukian S, 2002

Η παγκόσμια πολιτική υγείας μπορεί έτσι να γίνει κατανοητή ,ως οι τρόποι με τους οποίους μπορεί η παγκοσμιοποίηση να επιδρά στην πολιτική υγείας και, εναλλακτικά, ποιες πολιτικές υγείας απαιτούνται για να ανταποκριθούν στις προκλήσεις που αυξάνονται με τις διαδικασίες της παγκοσμιοποίησης. Οι αρχικές προσπάθειες έχουν γίνει από τους μελετητές της κοινωνικής πολιτικής, που παρατηρούν τα συχνά δυσμενή αποτελέσματα που έχει η παγκοσμιοποίηση στους κοινωνικούς τομείς όπως η εκπαίδευση, η στέγαση και η υγεία. Οι δυσμενείς επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στην υγεία, και η ανικανότητα από τα υπάρχοντα όργανα και τα συστήματα για να τις διαχειριστεί , εξηγούν την ανάγκη για διακυβέρνηση παγκόσμιας υγείας[5].

Συμπερασματικά η παγκόσμια πολιτική υγείας ενδιαφέρεται για τους τρόπους με τους οποίους η παγκοσμιοποίηση έχει επιπτώσεις στους στόχους και τα μέσα, στα πολιτικά περιβάλλοντα και όργανα, στις διαδικασίες και μορφές της λήψης αποφάσεων, των εφαρμογών και εκτιμήσεων στον τομέα υγείας. Αυτό μπορεί τελικά να οδηγήσει

στην ανάπτυξη της χάραξης πολιτικής σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά η παγκόσμια πολιτική υγείας μπορεί να «αγκαλιάσει» όλες τις πτυχές της χάραξης πολιτικής : τοπικές, εθνικές, περιφερειακές και διεθνείς ,τις οποίες χρειάζεται για να οριοθετήσει τις επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης επάνω στην υγεία.

### *1.1.3 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ)*

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) είναι ένας διεθνής οργανισμός που λειτουργεί στο πλαίσιο του Ο.Η.Ε. και είναι αρμόδιος για το συντονισμό σε διεθνές επίπεδο των προγραμμάτων, δραστηριοτήτων και συνεργασιών για την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Ιδρύθηκε το 1948, ως συνεχιστής και «κληρονόμος» του έργου του Γραφείου Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, που λειτούργησε πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η αποστολή του Π.Ο.Υ., όπως καθορίζεται στο καταστατικό του, είναι «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας από τους λαούς». Κύρια αποστολή του είναι η μάχη κατά των βασικών νοσημάτων, λοιμωδών και μη και η προαγωγή του γενικού επιπέδου υγείας των λαών σε όλο τον κόσμο.

Η δραστηριότητά του υπήρξε και εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πεδίο καταπολέμησης των λοιμωδών νοσημάτων με το συντονισμό των προσπαθειών ελέγχου επιδημιών διεθνούς σημασίας, όπως το SARS, το AIDS και η ελονοσία, και την οργάνωση προγραμμάτων που αποσκοπούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων αλλά και στην πρόληψη τους μέσω της ανοσοποίησης. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του στο συντονισμό των προγραμμάτων που στην εκρίζωση ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων, όπως η πολιομυελίτιδα.

Εξίσου σημαντική είναι η δράση του στον τομέα της επιστημονικής υποστήριξης και τεκμηρίωσης, με πλειάδα προγραμμάτων και σημαντικών δραστηριοτήτων, όπως, η διεθνής ταξινόμηση των νόσων και των αιτίων θανάτου, η διατήρηση και συνεχής ενημέρωση του Καταλόγου Βασικών Φαρμάκων (Essential Drug List) η επιστημονική και ιατρική αξιολόγηση των ψυχοφαρμάκων και η έκδοση σειρών εκθέσεων ανασκόπησης και αξιολόγησης των υπάρχοντων διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων.

Τα τελευταία σαράντα χρόνια και ιδιαίτερα μετά τη Συνδιάσκεψη της Alma-Ata η στρατηγική του ΠΟΥ έχει ως κύριο στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, με την ανάπτυξη προγραμμάτων σε διεθνές επίπεδο για υγιεινότερο τρόπο ζωής, με τη βελτίωση της υγιεινής της ύδρευσης, την προώθηση της υγιεινής διατροφής, τον

περιορισμό του καπνίσματος και της χρήσης του αλκοόλ και γενικότερα την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Το 1996 το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του Π.Ο.Υ. παρουσίασε το πρόγραμμα «Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα» (HEALTH21 – health for all in the 21st century) που αποτελεί την προέκταση στον 21<sup>ο</sup> αιώνα του προγράμματος «Health for All by the year 2000», το οποίο ξεκίνησε το 1980, μετά την ιστορική Συνδιάσκεψη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την ομόφωνη αποδοχή του οράματος για μια νέα πολιτική υγείας, της Διακήρυξης από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1979 στη Γενεύη. Η «σύμπτυξη» των αρχικών τριάντα οκτώ στόχων για την επίτευξη του οράματος «Υγεία για Όλους το 2.000» που έθεσε το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης σε 21, πέρα από το συμβολισμό (21 στόχοι για υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα) δεν διαφοροποιεί καμία από τις αρχές και αξίες του αρχικού προγράμματος.

Οι 21 άξονες δράσης του προγράμματος HEALTH21 είναι:

Αλληλεγγύη για την υγεία στην Ευρώπη, ισότητα, υγιής εκκίνηση στη ζωή, υγεία νέων ανθρώπων, υγιής γήρανση, ψυχική υγεία, μεταδοτικά νοσήματα, μη μεταδοτικά νοσήματα, τραυματισμοί από βία και ατυχήματα, υγιές και ασφαλές φυσικό περιβάλλον, υγιεινότερος τρόπος ζωής, οιοπνευματώδη, ναρκωτικά, καπνός, υγιές περιβάλλον, πολυτομεακή ευθύνη για την υγεία, ολοκληρωμένος τομέας υγείας, ποιοτική φροντίδα, χρηματοδότηση και κατανομή των πόρων υγείας, ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων, έρευνα και γνώση, δραστηριοποίηση εταίρων, πολιτικές και στρατηγικές υγείας για όλους.[8]

## 1.2 Πολιτικές υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

### 1.2.1 Οι Συνθήκες

«Οι τρεις ιδρυτικές συνθήκες της Ένωσης έδιναν προτεραιότητα στην οικονομική διάσταση της ενοποίησης, θέτοντας έτσι σε δεύτερη μοίρα την κοινωνική διάσταση. Δεν υπήρχε ρητή αναφορά στην υγεία ως στόχο της Ένωσης, σε ορισμένες όμως διατάξεις γινόταν αναφορά έμμεσα σε ζητήματα δημόσιας υγείας. [...] Πιο συγκεκριμένα αυτές οι αναφορές αφορούσαν :

α) υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων: επαγγελματικές ασθένειες και εργατικά ατυχήματα

β) ασφαλιστική κάλυψη μετακινούμενων εργαζομένων



γ) προστασία της δημόσιας υγείας του πληθυσμού : έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες και ασφάλεια των πυρηνικών εγκαταστάσεων ,αρνητική προσέγγιση περιορισμού της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων και των εμπορευμάτων λόγω αναγκών δημόσιας υγείας

δ) ελεύθερη διακίνηση αγαθών, υπηρεσιών και ατόμων :φάρμακα ,προϊόντα βιοϊατρικής τεχνολογίας , ασφάλιση υγείας ,ελεύθερη κυκλοφορία επαγγελματιών και εργαζομένων στον τομέα της υγείας.»[7]

Πίνακας 1.2. Χρονολογικός πίνακας κυριότερων σταθμών στην ανάπτυξη πολιτικής υγείας στην Ε.Ε.,

1951	Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα : διατάξεις για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων
1957	Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας : προστασία δημόσιας υγείας σε σχέση με την ατομική ενέργεια. Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα :γενικές διατάξεις που αφήνουν περιθώρια για τη διαμόρφωση και ανάπτυξη πολιτικών και δράσεων στον τομέα της υγείας
1986	Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη : καθιστά δυνατή την εφαρμογή των ευρωπαϊκών νομοθετικών ρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, καθώς και σε ζητήματα σχετικά με την υγεία που αφορούν τη δημιουργία της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς
1987	Έναρξη του πρώτου ευρωπαϊκού προγράμματος δράσης για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας στη Κοινότητα : πρόγραμμα «Η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο»
1991	Έναρξη του προγράμματος «Η Ευρώπη ενάντια στον AIDS»
1992	Συνθήκη του Μάαστριχτ : για πρώτη φορά ενσωματώνεται στη συνθήκη άρθρο για τη δημόσια υγεία (129)
1993	Πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας : 8 προτεραιότητες (καρκίνος, ναρκωτικά, AIDS, προαγωγή υγείας, σπάνιες ασθένειες, παρακολούθηση της υγείας, ασθένειες που σχετίζονται με το περιβάλλον, τραυματισμοί-ατυχήματα)
1996	Εμφάνιση Σπογγώδους Εγκεφαλοπάθειας Βοοειδών. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ζητά διεξαγωγή έρευνας για τους λόγους που τα όργανα της Κοινότητας απέτυχαν να προστατέψουν την υγεία των πολιτών
1997	Συνθήκη Άμστερνταμ : νέο άρθρο (152) για τη δημόσια υγεία
1999	Σύσταση νέας Διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, για την Υγεία και την Προστασία του Καταναλωτή
2000	Συνθήκη Νίκαιας: Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων Η προστασία της υγείας αποτελεί μια από τις βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης που περιλαμβάνονται στο Χάρτη
2001	Ανακοίνωση της Επιτροπής για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους : πρώτα βήματα για την εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού στη διαμόρφωση της κοινοτικής πολιτικής υγείας
2004	Σύνταγμα για την Ευρώπη: άρθρο 278 Η δράση της Ένωσης, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας καθώς και στην πρόληψη των ανθρωπίνων ασθενειών και παθήσεων και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Πηγή : Οικονόμου, 2004

*Α)Άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ*

1. Η Κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και, αν αυτό απαιτείται, υποστηρίζοντας τη δράση τους.

Η δράση της Κοινότητας αφορά την πρόληψη των ασθενειών και ιδίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών και των τρόπων μετάδοσής τους καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας.

Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνιστώσα των άλλων πολιτικών της Κοινότητας.

2. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.

3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Για να συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, το Συμβούλιο:

- αποφασίζοντας με τη διαδικασία του άρθρου 189 Β και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, θεσπίζει δράσεις ενθάρρυνσης, χωρίς να εναρμονίσει τις νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις των κρατών μελών,
- αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία προτάσσει της Επιτροπής, διατυπώνει συστάσεις.

«Η κριτική που ασκήθηκε στο άρθρο 129 επικεντρώθηκε στην ασάφεια και αοριστία των διατάξεων του. Εμφανιζόταν αοριστία στη κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής αναφορικά με την επίτευξη των στόχων που έθετε το άρθρο , ο όρος “υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας”, έθετε διλήματα ως προς τι σημαίνει υψηλό επίπεδο ,σε ποιο σημείο τίθεται το όριο του υψηλού και πώς τελικά αυτό μετριέται.[...] Παρόλα αυτά υπήρχε και μια θετική διάσταση αφού για πρώτη φορά η Συνθήκη της Ένωσης αποκτούσε ένα κεφάλαιο για την υγεία πάνω στο οποίο μπορούσαν να θεμελιωθούν μελλοντικές ενέργειες και δράσεις και αποτελούσε το έναυσμα ανάπτυξης προγραμμάτων δημόσιας Υγείας.»[7]

*Β) Άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ*

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στο νομό της υγείας.

Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.

2. Η Κοινότητα ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους.

Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.

3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Το Συμβούλιο, ενεργώντας σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 251 και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου θεσπίζοντας: α) μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα,

β) κατά παρέκκλιση από το άρθρο 37, μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτο-υγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας,

γ) μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, εκτός οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών.

Το Συμβούλιο, αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία μετά από πρόταση της Επιτροπής, διατυπώνει επίσης συστάσεις για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου.

5. Η δράση της Κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ότι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, τα μέτρα περί των οποίων η παράγραφος 4 ,στοιχείο α) δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις περί δωρεάς ή ιατρικής χρήσεως οργάνων και αίματος.

«Η κριτική του άρθρου 159 επικεντρώθηκε στο ότι δεν αποτελούσε μια ριζική αναθεώρηση και διατηρούσε τις ασάφειες των σημείων του άρθρου 129. [...] Ωστόσο και εδώ υπήρχε μια θετική διάσταση καθώς ενδυναμώνετε η δέσμευση της Κοινότητας αφού πλέον δεν “συμβάλλει” αλλά “εξασφαλίζει” υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και τους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία.»[7]

#### *Γ) Άρθρο 278 του Συντάγματος για την Ευρώπη*

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασία της υγείας του ανθρώπου.

Η δράση της Ένωσης, η οπού συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας καθώς και στην πρόληψη των ανθρώπινων ασθενειών και παθήσεων και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει επίσης:

α) την καταπολέμηση των σοβαρών ασθενειών που μαστίζουν την ανθρωπότητα, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτίων τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και την διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας,

β) την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση των

εν λόγω απειλών και την καταπολέμησή τους.

Η Ένωση συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, με δράσεις στις οποίες συμπεριλαμβάνονται επίσης η ενημέρωση και η πρόληψη.

2. Η Ένωση ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς του παρόντος άρθρου και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Ενθαρρύνει ιδίως τη

συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών με σκοπό τη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές.

Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε επαφή με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε ωφέλιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού και ιδίως πρωτοβουλίες με στόχο τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των αναγκαίων στοιχείων για την περιοδική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τηρείται πλήρως ενήμερο.

3. Η Ένωση και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τρίτες χώρες και αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Ο Ευρωπαϊκός νόμος ή νόμος-πλαίσιο συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, θεσπίζοντας τα ακόλουθα μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινών προκλήσεων όσον αφορά την ασφάλεια :

- α) μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα,
- β) μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας,
- γ) μέτρα για τον καθορισμό υψηλών προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας για τα φάρμακα και τα μηχανήματα που προορίζονται για ιατρική χρήση,
- δ) μέτρα σχετικά με την επαγρύπνηση, την κήρυξη συναγερμού και την καταπολέμηση των σοβαρών διασυνοριακών απειλών κατά της υγείας.

Ο ευρωπαϊκός νόμος ή νόμος-πλαίσιο εκδίδεται μετά από διαβούλευση με την Επιτροπή των Περιφερειών και την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή.

5. Ευρωπαϊκός νόμος ή νόμος-πλαίσιο μπορεί επίσης να θεσπίζει μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου και καταπολέμησης των σοβαρών ασθενειών με διασυνοριακή διάσταση, καθώς και μέτρα που έχουν ως άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας από το κάπνισμα και την κατάχρηση οινόπνευματων, αποκλειόμενης οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών. Εκδίδεται μετά από διαβούλευση με την Επιτροπή των Περιφερειών και την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή.

6. Για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου, το Συμβούλιο των Υπουργών, μετά από πρόταση της Επιτροπής, μπορεί να διατυπώνει επίσης συστάσεις.

7. Η δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ότι αφορά την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης. Στις ευθύνες των κρατών μελών εμπίπτει η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές. Τα μέτρα που προβλέπονται στην παράγραφο 4, στοιχείο α), δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις που διέπουν τις δωρεές οργάνων και αίματος ή την ιατρική χρήση τους.

«Η κριτική του Άρθρου 278 επικεντρώνεται κυρίως στο ότι υιοθετεί έναν περιοριστικό ορισμό της δημόσιας υγείας επικεντρώνοντας μόνο την ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του καθώς και στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα και δεν αναφέρεται σε άλλους παράγοντες κινδύνου για την υγεία που μπορούν να είναι αποφεύξιμοι και απαιτούν μια διεθνή επικεντρωμένη παρέμβαση όπως οι ψυχικές ασθένειες ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα. [...]Καθώς και στο ότι δεν γίνεται καμία αναφορά στα ζητήματα διασυνοριακής ροής των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.»[7]

### *1.2.2 Κοινοτικά Προγράμματα Δράσης*

Τα προγράμματα δράσης θέτουν τους στόχους και τους άξονες προτεραιότητας, υποδεικνύουν τα μέτρα, τις γενικές, όπως και τις ειδικές δράσεις και δραστηριότητες που πρέπει να αναπτυχθούν για την επίτευξη των στόχων, προσδιορίζουν τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν και καθορίζουν το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής και το χρηματοδοτικό πλαίσιο.[9]

*A) Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας (1996-2000).*

Με την Απόφαση αριθμ. 645/96/EK, της 29<sup>ης</sup> Μαρτίου 1996, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας (1996-2000), το οποίο κάλυπτε την περίοδο από την 1.1.1996 έως 31.12.2000, ενώ παρατάθηκε έως την 31.12.2001 με την απόφαση αριθμ. 521/2001/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26.02.2001.

Στόχος του κοινοτικού προγράμματος υπήρξε η εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, η βελτίωση της γενικής κατάστασης υγείας μέσω των εθνικών πολιτικών υγείας και της διεύρυνσης των γνώσεων απέναντι στους παράγοντες κινδύνου, όπως και η προώθηση της υιοθέτησης ενός υγιούς τρόπου διαβίωσης και συμπεριφοράς. Το πρόγραμμα συνέβαλε στην ευαισθητοποίηση όσον αφορά τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, ενθάρρυνε την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για την προαγωγή της υγείας, περιελάμβανε δε γενικές δράσεις και δραστηριότητες, οι οποίες αποσκοπούσαν στην προώθηση του στοιχείου «προαγωγή της υγείας» στα πλαίσια των πολιτικών υγείας των κρατών μελών, υποστηρίζοντας διάφορες ενέργειες συνεργασίας, στην ενθάρρυνση της υιοθέτησης υγιούς τρόπου διαβίωσης και συμπεριφοράς, στην προώθηση της γνώσης των παραγόντων κινδύνου ή των παραγόντων που ευνοούν την υγεία, στην ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα διατροφής, κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού και ναρκωτικών, σε θέματα φυσικής άσκησης, σεξουαλικής συμπεριφοράς. Οι ειδικές δράσεις που υιοθετήθηκαν περιελάμβαναν ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως ανάπτυξη διεθνικών δικτύων προαγωγής της υγείας, υποστήριξη των μειονεκτικών κοινωνικών ομάδων, έμφαση στην πρόληψη των καρδιαγγειακών και εγκεφαλοαγγειακών νοσημάτων, σύσταση κέντρων ενημέρωσης και τεκμηρίωσης, διενέργεια δημοσκοπήσεων, εκστρατείες ενημέρωσης για την προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής. Το χρηματοδοτικό πλαίσιο για την εκτέλεση του προγράμματος ανήλθε σε 35 εκατομμύρια Ecu.

*B) Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων(1996-2000)*

Με την Απόφαση αριθμ.647/96/EK, της 29<sup>ης</sup> Μαρτίου 1996, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων(1996-2000). Το πρόγραμμα κάλυπτε την περίοδο από 1.1.1996 έως 31.12.2000, ενώ παρατάθηκε έως την 31.12.2002 με την απόφαση αριθμ.521/2001/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26.02.2001.

Το πρόγραμμα κοινοτικής δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων επιδίωκε την ενημέρωση, την κατάρτιση, την παρακολούθηση και τον έλεγχο των μεταδοτικών νόσων, την αρωγή στους προσβληθέντες από το AIDS καθώς και την καταπολέμηση των διακρίσεων. Στόχος του προγράμματος υπήρξε ο περιορισμός της εξάπλωσης του AIDS και η μείωση της θνησιμότητας και της

νοσηρότητας από μεταδοτικές ασθένειες μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, της προαγωγής και προώθησης του συντονισμού μεταξύ των πολιτικών πρόληψης και των προγραμμάτων πρόληψης, καθώς και της υποστήριξης των δραστηριοτήτων των ΜΚΟ, συμπεριλαμβανομένων και των οργανώσεων για τους προσβεβλημένους από τον ιό του AIDS.

Περιελάμβανε γενικές δράσεις όπως η παρακολούθηση και ο έλεγχος των μεταδοτικών νόσων, η καταπολέμηση της μετάδοσης νόσων, η ενημέρωση-διαπαιδαγώγηση-κατάρτιση, η αρωγή στους προσβληθέντες από το AIDS καθώς και η καταπολέμηση των διακρίσεων. Οι ειδικές δράσεις αφορούσαν το συντονισμό των συστημάτων παρακολούθησης αυτών των νόσων, την ανάπτυξη των εθνικών και περιφερειακών συστημάτων επαγρύπνησης, δράσεις πρόληψης μέσω εμβολιασμών κατά ορισμένων μεταδοτικών νόσων, την ίδρυση και οργάνωση δικτύων και την ανταλλαγή εμπειριών, την ενημέρωση και αγωγή των μεταναστών. Στο πλαίσιο της χρηματοδότησης διατέθηκαν 49,6 εκατομμύρια Ecu.

*Γ) Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τον καρκίνο (1996-2000)*

Με την Απόφαση αριθμ.646/96/EK, της 29<sup>ης</sup> Μαρτίου 1996, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τον καρκίνο (1996-2000), με τίτλο «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Το πρόγραμμα κάλυπτε την περίοδο από 1.1.1996 έως 31.12.2000, ενώ παρατάθηκε έως την 31.12.2002 με την απόφαση αριθμ.521/2001/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26.02.2001.

Το πρόγραμμα είχε ως στόχο να συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, περιελάμβανε δε 22 δράσεις και μέτρα, τα οποία αποσκοπούσαν στην πρόληψη των πρόωρων θανάτων λόγω καρκίνου, στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που οφείλονται στον καρκίνο, στην προαγωγή της ποιότητας ζωής χάρη στη βελτίωση της γενικής υγείας, στην προώθηση της γενικής ευεξίας του πληθυσμού με την άμβλυνση των οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών του καρκίνου – στους ακόλουθους τομείς : συλλογή στοιχείων και έρευνα, ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας, έγκαιρη ανίχνευση και διαγνωστικές εξετάσεις, κατάρτιση, έλεγχος και διασφάλιση ποιότητας.

Οι γενικές δράσεις επικεντρώθηκαν στον καθορισμό κοινών στόχων, σε προγράμματα ανταλλαγής εμπειριών και επαγγελματικών στελεχών στον τομέα της



υγείας και προγράμματα διάδοσης των πλέον αποτελεσματικών πρακτικών, στην ίδρυση δικτύων πληροφοριών, στην εφαρμογή προτύπων προγραμμάτων και σχεδίων, στη σύνταξη εκθέσεων για τον έλεγχο των λαμβανομένων μέτρων, στην έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων και τη συστηματική διάγνωση. Οι ειδικές δράσεις αφορούσαν την εκπόνηση επιδημιολογικών μελετών σε ευρωπαϊκή κλίμακα, την κατάρτιση μητρώων καρκίνων, μελέτες για τον προσδιορισμό των καρκινογόνων ουσιών, τον καθορισμό των προτεραιοτήτων όσον αφορά την έρευνα για τον καρκίνο, την προώθηση εκστρατειών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού, την ενθάρρυνση της πρόληψης του καπνίσματος, τη βελτίωση της κατάρτισης του υγειονομικού πληθυσμού. Στο πλαίσιο της χρηματοδότησης διατέθηκαν 64 εκατομμύρια Ecu.

*Δ) Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας(1996-2000)*

Με την Απόφαση αριθμ.102/97/EK , της 16<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1996, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας (1996-2000). Το πρόγραμμα κάλυπτε την περίοδο από 1.1.1996 έως 31.12.2000, ενώ παρατάθηκε έως την 31.12.2002 με την απόφαση αριθμ.521/2001/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26.02.2001.

Πρώτος στόχος του προγράμματος ήταν η βελτίωση των γνώσεων για το φαινόμενο των ναρκωτικών και της τοξικομανίας και των συνεπειών τους, όπως και τις μεθόδους πρόληψης της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και της προσασίας από τους παράγοντες κινδύνου. Δεύτερος στόχος του προγράμματος υπήρξε η βελτίωση της πληροφόρησης , της ενημέρωσης και της κατάρτισης του κοινού στον τομέα της πρόληψης της τοξικομανίας και των παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με αυτήν, ιδιαίτερα της νεολαίας στα αντίστοιχα περιβάλλοντα και των ιδιαίτερα τρωτών ομάδων, μέσω ειδικών δράσεων όπως : διεξαγωγή τακτικών σφουγμομετρήσεων της κοινής γνώμης μέσω του Ευρωβαρομέτρου, ανάπτυξη των βέλτιστων μεθόδων ενημέρωσης και διαπαιδαγώγησης των ομάδων/στόχων , καθορισμός κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη της τοξικομανίας, υποστήριξη της παροχής συμβούλων στους εκπαιδευτικούς, τις οικογένειες και τους υπευθύνους νεότητας. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε με 27 εκατομμύρια Ecu.

*E) Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προστασία από τραυματισμούς (1999-2003)*

Με την Απόφαση αριθμ.372/99/ΕΚ , της 8<sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1999, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προστασία και πρόληψη από τραυματισμούς (1999-2003) που κάλυπτε την περίοδο από 1.1.1999 έως 31.12.2003.

Το πρόγραμμα στόχευε να συμβάλλει στην άσκηση δράσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι οποίες αποσκοπούσαν στον περιορισμό της συχνότητας των περιστατικών τραυματισμού, ειδικά εκείνων που προκαλούνται από οικιακά ατυχήματα ή από ατυχήματα κατά τις δραστηριότητες αναψυχής, με την προώθηση των ακολούθων γενικών δράσεων : της επιδημιολογικής παρακολούθησης των τραυματισμών, μέσω κοινοτικού συστήματος συλλογής δεδομένων και ανταλλαγής πληροφοριών σχετικά με τους τραυματισμούς, των ανταλλαγών πληροφοριών, οι οποίες συμβάλλουν στον καθορισμό των προτεραιοτήτων και των βέλτιστων στρατηγικών πρόληψης, της βελτίωσης των γνώσεων και της κατανόησης της πρόληψης των τραυματισμών και της ευρύτερης διάδοσης των σχετικών πληροφοριών. Οι κύριοι στόχοι της συλλογής δεδομένων και της πραγματοποίησης επιδημιολογικών ερευνών υλοποιήθηκαν μέσω διαφόρων ειδικών δράσεων όπως: προώθηση της δημιουργίας μιας βάσης δεδομένων στην οποία θα καταχωρούνται τα αποτελέσματα των ερευνών, ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων ή καινοτόμων μεθόδων, ανάλυση των παραγόντων κινδύνου και των στρατηγικών πρόληψης, ανάπτυξη κοινών βασικών δεικτών για την πρόληψη των τραυματισμών. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε με 14 εκατομμύρια ευρώ.

### **1.3 Δημόσια υγεία και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα**

#### *1.3.1 Πολιτική υγείας στην Ελλάδα: η υπάρχουσα κατάσταση*

«Η σύγχρονη πολιτική υγείας επιδιώκει την επίτευξη τριών βασικών στόχων.

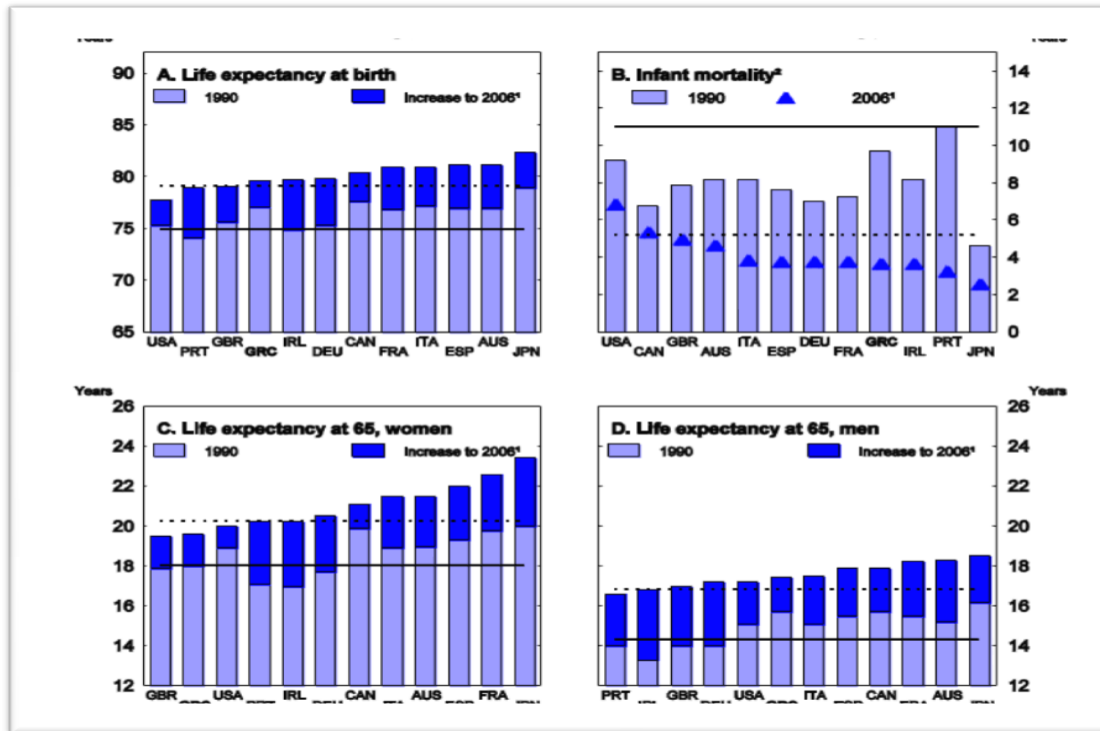
1. Της ισότητας στην πρόσβαση όλων των πολιτών σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών και της προστασίας του εισοδήματος τους έναντι του κινδύνου της ασθένειας, διασφαλίζοντας την παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες και όχι με βάση το εισόδημα και τη δυνατότητα πληρωμής.
2. Της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και διοίκησης και τεχνολογικών καινοτόμων, που βελτιώνουν την «παραγωγικότητα» των υγειονομικών πόρων και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με το ελάχιστο δυνατό κόστος.

3. Της μακροοικονομικής αποδοτικότητας σε σχέση με το διατιθέμενο για την υγεία ΑΕΠ και του ελέγχου του κόστους ιδιαίτερα σε συνθήκες στις οποίες οι αποτυχίες της αγοράς οδηγούν σε υπερπροσφορά υπηρεσιών και προκλητή ζήτηση»[10].

Η εθνική πολιτική υγείας δεν έχει κατορθώσει μέχρι σήμερα να αντιμετωπίσει σε ικανοποιητικό βαθμό το πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία. «Παρά τα μέτρα που λαμβάνονται τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα όπως μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στη διανομή πόρων και υπηρεσιών.» [11] καθώς και «ανισότητες στις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών του πληθυσμού και άνιση κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας λόγω της μεγάλης έκτασης των ιδιωτικών δαπανών.»[7]

Η μακροοικονομική αποδοτικότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπόψη την απουσία συνεκτικών πολιτικών ελέγχου του κόστους και το ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην χώρα μας απορροφούν ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του ΟΑΣΑ. Λόγω της ανεπαρκούς ανάπτυξης σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων και της απουσίας μελετών κόστους-οφέλους για την εισαγωγή της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η μικροοικονομική αποδοτικότητα είναι αμφισβητήσιμη.

«Παρά τις πολλές προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις στο τομέα της υγείας, το σύστημα υγείας εξακολουθεί να έχει σοβαρά προβλήματα και ταυτόχρονα ο πληθυσμός μέχρι σήμερα εμφανίζει ένα ιδιαίτερα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας.[...] Όχι πολύ καιρό πριν, η Ελλάδα ήταν φημισμένη παγκοσμίως για το μεγάλο προσδόκιμο ζωής της και τις άριστες διατροφικές συνήθειες της.»[12] «Η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, όπως μετριέται από αξιόπιστους και διεθνώς συγκρίσιμους δείκτες, είναι καλύτερη, γενικά, από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ[...]. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση, που έφθασε σε 79.6 έτη το 2006, είναι υψηλότερη από το μέσο όρο της περιοχής.»[13]



Εικόνα 1.1. *Health indicators*

Πηγή : Ch. Economou and Cl. Giorno 2009

Αυτό το παράδοξο μπορεί να ερμηνευτεί κυρίως, με βάση τον τρόπο ζωής και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, που ρυθμίζει συμπεριφορές και διαμορφώνει πρότυπα και συνθήκες διαβίωσης. Αυτό το πλαίσιο σήμερα μεταβάλλεται και εμφανίζονται ανησυχητικά σημάδια προσδοκώμενης επιδείνωσης. «Η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, κατανάλωση καπνών, βίαιοι θάνατοι (π.χ. από τα τροχαία), μεταξύ άλλων παραγόντων, εξηγεί την αργή ελληνική βελτίωση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής της στη γέννηση, η οποία είναι ακόμα πιο αργή και από αυτήν των Αμερικάνων.»[12] Οι μελλοντικές τάσεις γίνονται ακόμα πιο ανησυχητικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι δεν έχει δοθεί η αναγκαία βαρύτητα στην πολιτική πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Στη χώρα μας, η πολυπλοκότητα του τομέα υγείας και οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας όπως οι διοικητικές αδυναμίες, η ασυνέχεια στην πολιτική, οι οικονομικές δυσκολίες, ο ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων και των επαγγελματικών ενώσεων, κυρίως των γιατρών, δεν συμβάλλουν πάντα θετικά στην διαμόρφωση της αναγκαίας πολιτικής υγείας και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης, που να λαμβάνει υπόψη τις εσωτερικές παραμέτρους του συστήματος υγείας και το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον,

ενώ δεν υπάρχει ο αναγκαίος συντονισμός, με αποτέλεσμα η όποια πολιτική υγείας να κατακερματίζεται, να αλληλοαναιρείται και να υποσκάπτεται.

### *1.3.2 Εθνικό σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2008-2012*

Το θέμα της διαμόρφωσης Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία έδειξε να απασχολεί σοβαρά το Υπουργείο Υγείας και στα τέλη του 2008 παρουσιάστηκε από τον τότε Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Δημήτρη Αβραμόπουλο «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012»<sup>1</sup>

Ένα πρόγραμμα δράσης το οποίο φιλοδοξεί να διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη πολιτική Δημόσιας Υγείας, με στρατηγικό στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών, μέσω της υλοποίησης μέτρων και προγραμμάτων βασισμένων στη σύγχρονη αντίληψη για την πρόληψη. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αποτελείται από ένα συνολικό σχέδιο δράσης, το οποίο θέτει οριζόντιους στόχους και πολιτικές για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, και από δεκαέξι (16) ειδικά σχέδια δράσης, τα οποία προτείνουν στρατηγική και δράσεις για την ολιστική διαχείριση και αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του Ελληνικού πληθυσμού (βλ. κεφάλαιο 3 -Πρόληψη παραγόντων κινδύνου και Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία-).

---

1. Το σχέδιο βρίσκεται αναρτημένο στο δικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ειδικότερα στην ιστοσελίδα «Δομές και Δράσεις για την Υγεία - Εθνικά Σχέδια Δράσης <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia-ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs>) ημερομηνία επίσκεψης 2/3/2011

# Δεύτερο κεφάλαιο Πρόληψη & Κυριότεροι Παράγοντες Κινδύνου

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση  
της Υγείας  
Στρέκλα Ευγενία

2011

## 2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

### 2.1 Η σημασία και η υπεροχή της πρόληψης

#### 2.1.1 Η έννοια της Πρόληψης

Ο ορισμός για την υγεία που δίνει ο Π.Ο.Υ. είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η νόσος είναι το αποτέλεσμα μιας επιβλαβούς αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου, ενός «παθογενετικού» παράγοντα και του περιβάλλοντος. Οι τρεις αυτοί παράγοντες δημιουργούν ένα δυναμικό σύστημα μέσα στο οποίο, σε υγιή άτομα, υπάρχει ισορροπία. Η νόσος εμφανίζεται όταν η ισορροπία αυτή διαταράσσεται. Απαραίτητες και βασικές προϋποθέσεις για την υγεία είναι η ειρήνη, η κατοικία, η μόρφωση, η κοινωνική ασφάλιση, οι κοινωνικές σχέσεις, η τροφή, το εισόδημα, το σταθερό οικοσύστημα, η βιώσιμη χρήση των πόρων, η κοινωνική δικαιοσύνη, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. [15]

«Η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία είναι η φτώχεια. Οι δημογραφικές τάσεις όπως η αστικοποίηση, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και της συχνότητας των χρόνιων νοσημάτων, η καθιστική ζωή, η αντοχή στα αντιβιοτικά, η κατάχρηση ουσιών και η πολιτική και οικιακή βία απειλούν την ευεξία εκατομμυρίων ανθρώπων, όπως και οι επανεμφανιζόμενες λοιμώδεις νόσοι και τα προβλήματα ψυχικής υγείας.»[16] «Πρόληψη είναι οι διαδικασίες με τις οποίες προλαμβάνονται η εμφάνιση ή η ανάπτυξη ή εξέλιξη κάποιας νόσου. Η πρόληψη αποσκοπεί στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξελικτικής επιδείνωσης νόσου, τραυματισμού, ανικανότητας κ.λ.π. Διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Περιλαμβάνει μέτρα και πρακτικές για το περιβάλλον, την κοινωνία και το άτομο. Όσο βελτιώνεται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας χώρας τόσο πιο γόνιμο γίνεται το έδαφος για την ανάπτυξη της πρόληψης, σε συνδυασμό με τα μέσα που προσφέρει η υψηλή τεχνολογική υποδομή. Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών της υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειες τους για το άτομο, την κοινωνία, και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων αγωγής της υγείας»[17]. Ένα σύστημα υγείας που προάγει την πρόληψη πρέπει να αξιολογεί τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, να λαμβάνει υπόψη την διεθνή εμπειρία και τα διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα, να αποκαταστήσει την ισορροπία μεταξύ θεραπευτικής και προληπτικής ιατρικής, να διαχειρίζεται και να κατανέμει περιφερειακά τους πόρους, και να διασφαλίζει την ισότιμη και καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Όπως αναφέρθηκε ήδη η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή. Η Πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προληπτικά μέτρα που σκοπό έχουν την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών που μπορούν να οδηγήσουν τελικά στην κλινική έκδηλη νόσηση και στο θάνατο. Δηλαδή αναφέρεται σε μέτρα με τα οποία επιτυγχάνεται η εξουδετέρωση αιτιολογικών παραγόντων της νόσου (χλωρίωση νερού, απολύμανση, περιορισμός της ρύπανσης του περιβάλλοντος) η αποφυγή έκθεσης στους αιτιολογικούς νοσογόνους παράγοντες (αποφυγή καπνίσματος και κατανάλωσης πυκνών αλκοολούχων ποτών, καταστροφή ξενιστών ή διαβιβαστών λοιμογόνων παραγόντων, κλπ.) και η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων έναντι των αιτιολογικών νοσογόνων παραγόντων (ενεργητική ή παθητική ανοσοποίηση, φθορίωση του νερού).

Η Δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στα προληπτικά μέτρα τα οποία εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων σε πρώιμο στάδιο με σκοπό την καλύτερη πρόγνωση. Δηλαδή η δευτερογενής πρόληψη έχει σαν στόχο το να σταματήσει την εξέλιξη μιας νόσου όταν ήδη έχει αρχίσει, με τελικό στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και / ή της θνησιμότητας. Κρίσιμο σημείο είναι η έγκαιρη ανίχνευση ή έγκαιρη διάγνωση, με χαρακτηριστικά παραδείγματα τον κυτταρολογικό έλεγχο Παπανικολάου (γνωστό και ως pap test) η προληπτική εξέταση των μαστών, το πολυφασικό Check-Up, οι διαδικασίες ελέγχου των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου κλπ. Η ουσιώδης διαφορά μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης είναι ότι στην πρώτη τα μέτρα αποσκοπούν στη μη εμφάνιση της νόσου ενώ στη δευτερογενή αποσκοπούν στην έγκαιρη διάγνωση νόσου η οποία υπάρχει ήδη στο άτομο.

Η τριτογενής πρόληψη, αφορά στα μέτρα που εφαρμόζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόληψη ανικανότητας, η αποκατάσταση βλαβών ή και η αποφυγή υποτροπών μιας ήδη εγκατεστημένης νόσου. Δηλαδή στόχος της τριτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής, ακόμα και σε περιπτώσεις που η νόσος αυτή καθαυτή δεν μπορεί να θεραπευτεί.

### *2.1.2 Η σημασία της πρόληψης και η υποβάθμιση της στην Ελλάδα*

Η υπεροχή της πρόληψης σε σχέση με τη θεραπεία θεωρείται δεδομένη, ο Ιπποκράτης διατύπωσε πρώτος με σαφήνεια ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Η πρόληψη υπερέχει από τη θεραπεία γιατί : α) η υγεία είναι προϋπόθεση για παραγωγική δραστηριότητα, β) αφορά



την πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού, γ) η νόσος αυτή καθαυτή θεωρείται πηγή δυστυχίας, δ) έχει σε μακροχρόνια προοπτική οικονομικά πλεονεκτήματα. «Παγκόσμια και σε πληθυσμιακό επίπεδο κάθε φορά που σημειώθηκε θεαματική πτώση της θνησιμότητας ήταν αποτέλεσμα της εφαρμογής κυρίως προληπτικών και όχι θεραπευτικών μέτρων. Σε ατομική όμως βάση είναι δύσκολη η αξιολόγηση της πρόληψης γιατί πολλά άτομα γνωρίζουν "ότι ασθένησαν και θεραπευτήκαν" αλλά λίγοι συνειδητοποιούν ότι "επρόκειτο να αρρωστήσουν και δεν αρρώστησαν". Πρόληψη εφαρμόζεται σήμερα με επιτυχία στα περισσότερα λοιμώδη νοσήματα ενώ υλοποιείται στα θανατηφόρα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, κακοήθεις νεοπλασίες, ατυχήματα, καρδιαγγειακά.[...] Τα νοσήματα αυτά πολλές φορές αντιμετωπίζονται ως μη προληπτά, όμως υπάρχουν δεδομένα ( πειραματικά και επιδημιολογικά), όπου φαίνεται ότι η συχνότητα των νόσων αυτών είναι διαφορετική μεταξύ πληθυσμών, κοινωνικών ομάδων, επαγγελματικών ομάδων που έχουν το ίδιο γενετικό υλικό αλλά υφίστανται διαφορετικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτό υποδηλώνει ότι με κατάλληλες στρατηγικές τα νοσήματα αυτά είναι προληπτά. Με τα σημερινά δεδομένα νοσηρότητας και θνησιμότητας η ανάγκη για περισσότερα μέτρα πρόληψης για τα νοσήματα αυτά είναι επιτακτική. Το 80% της θνησιμότητας αποδίδεται στα "χρόνια νοσήματα" για τα οποία η θνησιμότητα δεν έχει επηρεασθεί σημαντικά παρά την πρόοδο της βιοιατρικής τεχνολογίας και τις πολυδάπανες θεραπείες.»[17] Η πρόληψη σώζει ζωές. «Η πρόληψη λειτουργεί. Από την υποχρεωτική χρήση ζωνών ασφαλείας μέχρι την αμόλυβδη βενζίνη και τη χλωρίωση του νερού, οι καθημερινές ζωές μας είναι γεμάτες με τις υπενθυμίσεις πως η πρόληψη σώζει ζωές και μειώνει τον περιττό πόνο.»[18].

«Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των αναπτυγμένων χωρών, πέτυχε σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων, μέσω μαζικών εμβολιασμών και συνεχών βελτιώσεων στη διατροφή και στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Παραδείγματα αποτελούν η εκκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης. Παράλληλα, όμως, «παλαιά» λοιμώδη νοσήματα ξαναέρχονται στο προσκήνιο, για παράδειγμα η πολιομυελίτιδα ή φυματίωση με την είσοδο ανεμβολίαστων οικονομικών μεταναστών και προσφύγων και συγχρόνως προβληματίζουν νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, όπως το AIDS και η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια. Λόγω των παραπάνω ιδιοτεροτήτων τίποτα δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο στην εκτέλεση των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά να διαμορφώνονται δυναμικά ανάλογα με τις περιστάσεις.»[19] Αυτό όμως στην Ελλάδα δεν φαίνεται να συμβαίνει, καθώς η πρόληψη φαίνεται να κατέχει χαμηλή θέση στις

προτεραιότητες και των φορέων αλλά και των πολιτών. «Ο καθημερινός τρόπος ζωής και οι καταναλωτικές συνήθειες, ιδίως στη διατροφή, αποτελούν αρνητικά κοινωνικά πρότυπα που συνδέουν την κοινωνική επιτυχία με την υπερκατανάλωση κακών τροφών και ποτών, όπως και την πλήρη έλλειψη σωματικής άσκησης. Με την αλλαγή του τρόπου ζωής, των συνηθειών, της διατροφής, με την τροποποίηση της στάσης, της συμπεριφοράς και της προσαρμογής μας αφενός και αφ' ετέρου με την αξιοποίηση των σύγχρονων γνώσεων της ιατρικής, όχι μόνο μπορούμε να βελτιώσουμε και να διατηρήσουμε την υγεία μας, αλλά και να την ανακτήσουμε, όταν κλονιστεί. Δυστυχώς, η Πρόληψη αποτελεί χαμηλή προτεραιότητα για την ελληνική κοινωνία, τόσο για τους υγειονομικούς φορείς και τις υπηρεσίες υγείας, όσο και για τους πολίτες.»[20]

Στην Ελλάδα επίσης σημαντικό ρόλο στην υποβάθμιση της πρόληψης παίζει και ο υποβαθμισμένος ρόλος των επισκεπτών υγείας που σύμφωνα με τα κατοχυρωμένα επαγγελματικά τους δικαιώματα θα έπρεπε να έχουν αρμοδιότητες όπως : Σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με βάση τις κατευθύνσεις των αρμοδίων Υπηρεσιών και οργάνων σε άτομα και ομάδες, Συμβολή στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης., Ανάπτυξη του εκπαιδευτικού προγραμματισμού και χαρακτήρα των κέντρων υγείας και κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού στην αγωγή υγείας προς το κοινό που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τους, Συνεργασία με τις τοπικές αρχές, τους φορείς και τις οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης και την επιτροπή ψυχικής υγείας, όπου γίνεται ο συνδυασμός του γνωστικού αντικείμενου με την εξειδίκευση στην ψυχική υγεία π.χ. ανάπτυξη ομάδων κατοίκων με εκπαιδευτικό στόχο, θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας (π.χ. κάπνισμα και υγεία, ατομική καθαριότητα, πρόληψη του καρκίνου, οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη κ.λ.π.) αντί αυτών όμως αντιμετωπίζονται συνήθως από τους φορείς σαν νοσηλευτές ή εξαναγκάζονται από τις διοικήσεις των φορέων, να εργαστούν ως νοσηλευτές, λόγω της έλλειψης Νοσηλευτικού Προσωπικού.

Επίσης η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρόλο που θα έπρεπε να ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες, στην Ελλάδα φαίνεται να μην έχει αυτό το ρόλο. Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ θα έπρεπε να διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον που σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και

κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Όμως πολλά προβλήματα όπως ο πολυκερματισμένος και άναρχα αναπτυσσόμενος τομέας παροχής υπηρεσιών λόγω μιας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων που διαθέτει σήμερα η Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, κάθε ένας από τους οποίους συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με δικό του οργανωτικο-διοικητικό πρότυπο, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και ανισότητες σε επίπεδο εισφορών και παροχών με άμεση συνέπεια την παντελή απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και την έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. Ανάλογες δυσκολίες υπάρχουν και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ. Η απουσία του οικογενειακού ιατρού και η έλλειψη συστήματος παραπομπών σε ανώτερες και υψηλού κόστους μορφές περίθαλψης, έχουν ως αποτέλεσμα την άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του χρήστη-ασθενή στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος (από το ΕΣΥ στο ΙΚΑ και στη συνέχεια στον ιδιωτικό τομέα). Παραδόξως, ο οικογενειακός παθολόγος του ΙΚΑ δεν είναι δυνατόν να εξομοιωθεί με τον οικογενειακό ιατρό γενικής ιατρικής των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Παρέχει τις υπηρεσίες του απονευρωμένος και αποκομμένος από το υπόλοιπο σύστημα του ΙΚΑ αλλά και έξω από κάθε έλεγχο.

«Οι σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα. Η έλλειψη ΚΥ αστικού τύπου υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και τα αποπροσανατολίζει από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Η παροχή ΠΦΥ σημαίνει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με την παρούσα μορφή του συστήματος οι φορείς έχουν περιορισθεί στη συνταγογραφία και τον ιατρικό έλεγχο, ενώ η αγωγή υγείας και η πρόληψη παρέχονται αποσπασματικά ή απουσιάζουν τελείως.»[21]

Η πρόληψη πολλές φορές δεν είναι αποτελεσματική στα σημερινά θανατηφόρα νοσήματα για πολλούς λόγους οι οποίοι κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις ομάδες : α) Πολυπαραγοντική αιτία της νόσου. Ορισμένα από τα νοσήματα αυτά (π.χ. για αρκετούς καρκίνους) είναι «πολυπαραγοντικής αιτιολογίας», έχουν μακρά λανθάνουσα περίοδο,

υπάρχει πιθανολογική αντίληψη της αιτιότητας και δεν υπάρχει συγκεκριμένος στόχος επικέντρωσης του προληπτικού μέτρου. β) Είναι υπόθεση ατομικής συμπεριφοράς κάθε ανθρώπου. Για την πρόληψη των νόσων αυτών το άτομο πολλές φορές πρέπει να αλλάξει την συμπεριφορά του για να αποφύγει τη νόσο πολλά χρόνια αργότερα. Ο άνθρωπος όμως αντιδρά στα παρόντα προβλήματα και όχι στα μελλοντικά. γ) Υπάρχει συλλογική ευθύνη κυβέρνησης-κοινωνίας. Για την αποτελεσματική εφαρμογή προληπτικών μέτρων, το κράτος πρέπει να είναι οργανωμένο και να συνεργάζεται επιτυχώς με πολλούς κοινωνικούς φορείς. δ) Η ανεύρεση πόρων για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων είναι συνήθως προβληματική. Σε διεθνές επίπεδο συνηθίζεται οι πόροι που διατίθενται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νόσων να είναι μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα για την πρόληψη.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία γίνεται ιδιαίτερη αναφορά για την υπεροχή και την σημασία της πρόληψης και για την ανάγκη ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού για την πρόληψη και τον προσανατολισμό των συστημάτων Δημόσιας Υγείας στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής. « Κρίνεται αναγκαίος ο προσανατολισμός των συστημάτων Δημόσιας Υγείας στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής.[...] Καθώς και ότι τα προγράμματα για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να είναι στο πρώτο πλάνο οποιασδήποτε εθνικής στρατηγικής του τομέα υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν την προοπτική τους στον άνθρωπο, πάνω και πέρα από οργανωμένα, συγκρουόμενα ή επενδυμένα συμφέροντα.»[14]

## 2.2 Στρατηγικές Πρόληψης

### 2.2.1 Σχέση στρατηγικών πρόληψης-σταδίου νόσου-επιπέδου πρόληψης

Οι κύριες στρατηγικές πρόληψης ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες : α) αγωγή υγείας, β) νομοθετικά μέτρα και μέτρα κοινωνικής πολιτικής, γ) εμβολιασμοί και ανοσοποίηση δ)διαλογή-screening ε) έλεγχος περιβαλλοντικών κινδύνων στ) αποκατάσταση

#### A) Αγωγή υγείας

Ως Αγωγή Υγείας (Health Education) ορίζεται «η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν την σωματική, ψυχική και κοινωνική τους ευεξία». Έχει σαφή κοινωνική διάσταση, αφού οι αποφάσεις αυτές επηρεάζουν όχι

μόνο την προσωπική ευεξία του ατόμου, αλλά και του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος του. Σκοπός της αγωγής υγείας είναι η αλλαγή πεποιθήσεων και αξιών (change in belief) η αλλαγή στάσης (change in attitude) και η αλλαγή συμπεριφοράς (change in behaviour) των ατόμων.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ σημαντικός σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η ανάπτυξη σε κάθε πληθυσμό αισθήματος ευθύνης για την Ατομική Υγεία και την Υγεία της Κοινότητας και της διασφάλισης της δυνατότητας, αφού αναγνωρίσουν την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, να γίνουν ικανά να αποφασίζουν για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή με εποικοδομητικό τρόπο και να προάγουν την ανάπτυξη και καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Όπως χαρακτηριστικά τονίζεται η αγωγή υγείας *«πρέπει να φροντίζει, ώστε τα άτομα να υιοθετούν και να στηρίζουν υγιεινά πρότυπα ζωής, να χρησιμοποιούν συνετά τις υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες σ' αυτά και να παίρνουν αποφάσεις σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας τους και το περιβάλλον»*.

Τα πιο αντιπροσωπευτικά προγράμματα αγωγής υγείας είναι αυτά που αναφέρονται στο κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τη σεξουαλική συμπεριφορά, τη διατροφή, τη σωματική άσκηση, κ.α.). Στην περίπτωση αυτή τα προληπτικά μέτρα αφορούν το ίδιο το άτομο και απαιτείται για την επιτυχία τους η συνεργασία και ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, που αποτελεί εκδήλωση υπευθυνότητάς απέναντι στον εαυτό του και στο κοινωνικό σύνολο. Η υπευθυνότητα προϋποθέτει ελεύθερη επιλογή και απόφαση για πράξεις. Υπάρχει συνείδηση του σκοπού και γνώση των στόχων. Η γνώση είναι γι' αυτό αναγκαία όχι όμως ικανή προϋπόθεση για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς.

### *B) Νομοθετικά μέτρα προστασίας της υγείας και μέτρα κοινωνικής πολιτικής.*

Η εφαρμογή των προληπτικών μέτρων προκειμένου να είναι αποτελεσματική προϋποθέτει κατά κανόνα την ύπαρξη αντίστοιχου νομοθετικού πλαισίου προστασίας της υγείας. Είναι βέβαια ότι δεν αρκεί μόνο η λήψη νομοθετικών μέτρων, τα οποία λειτουργούν συμπληρωματικά στην αγωγή υγείας, αλλά κυρίως η τήρησή τους, προκειμένου να επιτευχθούν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Ως παραδείγματα αποτελεσματικότητας νομοθετικών μέτρων για την προστασία της υγείας, μπορούν να αναφερθούν:

α) Η υποχρεωτική χρήση ζώνης ασφαλείας στα αυτοκίνητα και προστατευτικού κράνους για τους οδηγούς δικύκλων και κυρίως ο έλεγχος της κατανάλωσης

οινοπνεύματος που έχουν ελαττώσει σε σημαντικό βαθμό τα τροχαία ατυχήματα και ιδιαίτερα τα θανατηφόρα.

β) Η υποχρεωτική χλωρίωση του ύδατος.

γ) Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός των παιδιών πριν την εγγραφή τους στο σχολείο με θετικά αποτελέσματα στο επίπεδο ανοσίας του πληθυσμού.

δ) Η υποχρέωση των βιομηχανιών για την εφαρμογή κανονισμών υγιεινής και ασφάλειας έχει ελαττώσει σημαντικά τον κίνδυνο των εργατικών ατυχημάτων

ε) Η αύξηση της τιμής του καπνού, η απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους έχει επιδράσει θετικά στις καπνιστικές συνήθειες των ατόμων και έχει μειώσει σημαντικά την κατανάλωση καπνού.

Αναφέρθηκε ήδη ότι τα μέτρα αγωγής υγείας απευθύνονται στους πολίτες προκειμένου να τους πείσουν για την υιοθέτηση συγκεκριμένων επιλογών και να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, υιοθετώντας υγιεινές συμπεριφορές. Η αγωγή υγείας όμως συμπληρώνεται και από άλλα στρατηγικά μέτρα πρόληψης, που απαιτούν νομοθετικές παρεμβάσεις, που έχουν σαν στόχο τον περιορισμό των δυνατοτήτων του ατόμου να συνεχίσει μία ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τα νομοθετικά αυτά μέτρα διακρίνονται σε μέτρα περιορισμού των επιλογών του ατόμου, σε μέτρα ελέγχου του περιβάλλοντος και σε εξαναγκαστικά μέτρα.

### *α. Μέτρα περιορισμού των επιλογών*

Στα μέτρα που σκοπό έχουν την «υποχρεωτική» καθοδήγηση του ατόμου προς αποφυγή συγκεκριμένων ενεργειών, περιλαμβάνονται περιοριστικά μέτρα όπως η μείωση του ωραρίου λειτουργίας των κέντρων διασκέδασης, ο περιορισμός ή η απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, κλπ., αλλά και οικονομικά κριτήρια και κίνητρα όπως η αύξηση του φόρου κατανάλωσης καπνού και οινοπνεύματος, και η επιδότηση προϊόντων που θεωρούνται υγιεινά. Η εφαρμογή όμως τέτοιου είδους μέτρων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αρνητικές αντιδράσεις και να οδηγήσει στα αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα, με κλασικό παράδειγμα την περίφημη «ποτοαπαγόρευση». Για το λόγο αυτό θα πρέπει να συνοδεύονται από ευρεία ενημέρωση του καταναλωτικού κοινού για την ωφελιμότητά τους.

### *β. Έλεγχος περιβάλλοντος*

Η προσπάθεια βελτίωσης του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο αποτελεί τρόπο θετικού επηρεασμού της υγείας, και έχει αποδειχτεί ο σημαντικός ρόλος της εξυγίανσης του περιβάλλοντος στη μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα. Τα νομοθετικά μέτρα ελέγχου του περιβάλλοντος είναι απαραίτητα γιατί το άτομο μόνο του δεν μπορεί να επέμβει σε διαδικασίες βελτίωσης του περιβάλλοντος, έχει όμως υποχρέωση να τα τηρεί στο βαθμό που του αναλογεί. Κλασικά παραδείγματα νομοθετικών μέτρων ελέγχου του περιβάλλοντος είναι τα μέτρα που αναφέρονται στις εκπομπές καυσαερίων, στη ρύπανση της ατμόσφαιρας, στη ρύπανση των υδάτων, στη μείωση του θορύβου, και τα μέτρα περιορισμού των επιδράσεων της ακτινοβολίας.

### *γ. Εξαναγκαστικά μέτρα (Compulsion)*

Επειδή από τη θέσπιση υποχρεωτικών νομοθετικών μέτρων για την προάσπιση της υγείας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου, εγείρονται συχνά διάφορα ηθικά και νομικά προβλήματα τα μέτρα αυτά πρέπει να μελετώνται πριν την εφαρμογή τους, ώστε και να προάγεται η υγεία και να μην παραβιάζονται αλλά να προστατεύονται αποτελεσματικά τα δικαιώματα του ατόμου. Κατά καιρούς μάλιστα έχουν προκληθεί σημαντικές διαφωνίες και εκδηλωθεί διαμαρτυρίες για την υποχρεωτική εφαρμογή νομοθετικών μέσων για σκοπούς πρόληψης και προαγωγής της υγείας χρήση, με κύριο επιχείρημα ότι αποτελούν παραβίαση δικαιωμάτων και ότι κανείς δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει την ελευθερία του ατόμου για επιλογή τρόπων ζωής και συμπεριφορών.

Συνήθως μέτρα που προλαμβάνουν την εξάπλωση μιας ασθένειας, όπως η νομοθεσία για τις προδιαγραφές υγιεινής, ή για τη διατήρηση της καθαρότητας των αποθεμάτων νερού, γίνονται δεκτά χωρίς συζήτηση. Αντίθετα, προτάσεις που θίγουν την ελευθερία του ατόμου, όπως η χρήση ζωνών ασφαλείας, ή ο περιορισμός του καπνίσματος, προκαλούν διαμάχες, με πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα το επιχείρημα του περιορισμού της ελευθερίας του ατόμου, στην περίπτωση της φθορίωσης του πόσιμου νερού. Παρά τις αναμφισβήτητες επιστημονικές αποδείξεις ότι αποτελεί ασφαλές και αποτελεσματικό μέτρο υγιεινής, σε πολλές χώρες δεν εφαρμόζεται, λόγω κυρίως αντιδράσεων σε τοπικό επίπεδο, επειδή ως «υποχρεωτικό φάρμακο» παραβιάζει την ατομική ελευθερία.

### *Γ) Εμβολιασμοί και ανοσοποίηση*

Με τα εμβόλια ενισχύεται η άμυνα του οργανισμού με την παραγωγή ειδικών αντισωμάτων που εξουδετερώνουν το λοιμογόνο παράγοντα που πιθανόν να προσβάλλει ένα άτομο. Είναι γνωστό ότι οι εμβολιασμοί έχουν συμβάλει σε σημαντικό ποσοστό στην πρόληψη των νόσων και έχουν οδηγήσει στην εξαφάνιση γνωστών παλαιότερα λοιμωδών νοσημάτων. Για την επιτυχία όμως των εμβολιαστικών προγραμμάτων απαιτείται πέραν από την αποτελεσματική παρέμβαση της πολιτείας, η οποία έχει και την αποκλειστική ευθύνη για την οργάνωσή τους διαθέτοντας τους απαραίτητους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, και η ενεργός συμμετοχή των ατόμων. Είναι προφανής και στο επίπεδο αυτό ο ρόλος της πολιτείας η οποία οφείλει να ενημερώνει με κάθε πρόσφορο μέσο για τη χρησιμότητα των εμβολιασμών και να μειώνει την για διάφορους λόγους (φόβος για τυχόν παρενέργειες, θρησκευτικές πεποιθήσεις, κλπ) εκδηλούμενη δυσπιστία των πολιτών και ιδιαίτερα των γονέων η συγκατάθεση και συμμετοχή των οποίων είναι απαραίτητη για τον εμβολιασμό των παιδιών, ιδιαίτερα αν πρόκειται για σχολικούς εμβολιασμούς.

### *Δ) Διαλογή - Screening*

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η διαλογή αποτελεί μέθοδο η οποία μπορεί να συμβάλλει σημαντικά όχι στην πρόληψη αυτής καθ' αυτής της νόσου αλλά στην έγκαιρη αναγνώριση ασυμπτωματικών νόσων ή παθολογικών καταστάσεων και να οδηγήσει στην κατάλληλη θεραπεία που μπορεί να αποτρέψει τις δυσάρεστες επιπτώσεις της νόσου.

### *Ε) Έλεγχος περιβαλλοντικών κινδύνων ( περιβαλλοντική υγεία)*

Η εξασφάλιση του υγιεινού περιβάλλοντος είναι σε μεγάλο βαθμό ευθύνη της πολιτείας και του κράτους. Ο έλεγχος του περιβάλλοντος αποτελεί έναν από τους κυριότερους τομείς δραστηριότητας της Δημόσιας Υγείας. Ο έλεγχος του περιβάλλοντος, σημαντικός παράγοντας στην πρόληψη των νόσων και στη μείωση της θνησιμότητας, όπως έχει αναφερθεί αφορά στο άψυχο, έμψυχο και κοινωνικό περιβάλλον.



Στ) Αποκατάσταση

Η αποκατάσταση αφορά την αποφυγή ανικανότητας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και έχει περισσότερο «θεραπευτικό» και όχι προληπτικό χαρακτήρα μια και αφορά την αντιμετώπιση των επιπτώσεων μιας ήδη εγκατεστημένης νόσου. Τα συνήθη μέτρα ψυχοσωματικής αποκατάστασης είναι η φυσικοθεραπεία, η σωματική άσκηση, η χρήση ειδικών συσκευών ή μηχανημάτων, κ.α., που εφαρμόζονται σε ειδικά κέντρα, σε συνδυασμό με τις διαδικασίες της κοινωνικής αποκατάστασης.

Κάθε μια από τις στρατηγικές πρόληψης εφαρμόζεται σε αντίστοιχο επίπεδο πρόληψης και σταδίου της νόσου. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η συσχέτιση του σταδίου της νόσου με τις στρατηγικές και τα επίπεδα πρόληψης.

Πίνακας 2.1. Σχέση στρατηγικών πρόληψης-σταδίου νόσου-επίπεδο πρόληψης

Στάδιο νόσου	Επίπεδο πρόληψης	Στρατηγικές παρέμβασης
Υγιής	Πρωτογενής	Αγωγή υγείας-εμβολιασμοί-ανοσοποίηση-μέτρα για το περιβάλλον-κοινωνική πολιτική
Ασυμπτωματικός	Δευτερογενής	Προσυμπτωματικός έλεγχος- screening
Συμπτωματικός	Δευτερογενής	Πρώιμη διάγνωση και ταχεία αποτελεσματική θεραπεία
Έκβαση νόσου -Ίαση -Θάνατος -Ανικανότητα	Τριτογενής	Αποκατάσταση

Πηγή : Κορνάρου, Ρουμελιώτη 2007

2.2.2 Μέθοδοι Αγωγής Υγείας

Η μεγαλύτερη πρόκληση της πρόληψης σήμερα είναι να πείσει και να εκπαιδεύσει το άτομο, την οικογένεια και το σύνολο της κοινωνίας, στην υιοθέτηση ενός υγιούς προτύπου διαβίωσης. Κύριος στόχος της πρόληψης είναι η αποφυγή του «πρώιμου θανάτου» και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με τη καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Οι προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί στην Αγωγή Υγείας είναι η παθητική προσέγγιση (παραδοσιακές μέθοδοι) και η προσέγγιση ενεργούς συμμετοχής ( βιωματική μέθοδος, αλληλοδιδασκτική μέθοδος). Η παραδοσιακή μέθοδος εντάσσεται στο γνωστικό μοντέλο και στόχος της είναι η παροχή γνώσεων με σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στόχου. Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιεί είναι οι διαλέξεις, τα ενημερωτικά φυλλάδια, οι αφίσες, τα άρθρα, τα Μ.Μ.Ε και το διαδίκτυο. Το μειονέκτημα των τεχνικών αυτών είναι ότι η ομάδα στόχος παραμένει παθητικός δέκτης των πληροφοριών.

- Διάλεξη. Τα πλεονεκτήματα της διάλεξης για θέματα υγείας είναι : προσαρμόζονται στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της ομάδας-στόχου, το ακροατήριο γνωρίζει τον ομιλητή και τις απόψεις του για το συγκεκριμένο θέμα και επιπλέον έχει την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις . ως μειονεκτήματα της διάλεξης αναφέρονται ότι : δύσκολα το ακροατήριο διατηρεί την προσοχή του για πάνω από δεκαπέντε λεπτά, οι διαλέξεις δεν διδάσκουν πως εφαρμόζεται η γνώση , δεν είναι αποτελεσματική ως προς την αλλαγή συμπεριφοράς.
- Έντυπα. Τα έντυπα θα πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια για να είναι αποτελεσματικά. Θα πρέπει να είναι ελκυστικά, ενδιαφέροντα, όχι παραφορτωμένα, να διαβάζονται εύκολα, να είναι σαφή, περιεκτικά, φιλικά, άμεσα και να υποκινούν τον αναγνώστη.
- Διαδίκτυο. Το διαδίκτυο έχει μπει για καλά στο χώρο της υγείας. Η χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνίας είναι πολύ ωφέλιμη στην αγωγή υγείας για τρεις λόγους : α) Παροχή πρόσβασης σε έρευνες για την αποτελεσματικότητα της αγωγής υγείας β) Διάχυση πληροφοριών μεταξύ ειδικών της αγωγής υγείας γ) Παροχή πληροφόρησης και υποστήριξης στο κοινό. Το διαδίκτυο παρέχει γρήγορη και άνετη πρόσβαση στο κοινό σε πληροφορίες που παρουσιάζονται με ποικίλους τρόπους για την υγεία, τον τρόπο ζωής, τις υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη πλευρά το διαδίκτυο φέρει μαζί το υ και την ανάγκη για έλεγχο ποιότητας πληροφοριών δεδομένου ότι δεν υπάρχει κάποιο επίσημο όργανο να ελέγχει τους διαδικτυακούς τόπους.
- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η τηλεόραση έχουν μεγάλη δύναμη στη δημιουργία προτύπων συμπεριφοράς και στην περίπτωση της υγείας συνήθως δημιουργία ανθυγιεινών προτύπων συμπεριφοράς που περνάνε μέσα από διάφορες κατηγορίες προγραμμάτων όπως διαφημίσεις, ταινίες, σειρές

κ.α. Οι ενημερωτικές εκστρατείες μέσω Μ.Μ.Ε μπορεί καμιά φορά να είναι εύκολη απάντηση σε πολλά προβλήματα υγείας. Πολλές εκστρατείες υγείας στα Μ.Μ.Ε οδηγούνται από την ανάγκη να γίνει κάτι, να φανεί ότι γίνεται κάτι ακόμα και αν υπάρχει τεκμηρίωση ότι μια τέτοια εκστρατεία μπορεί να είναι άχρηστη και αναποτελεσματική. Παρόλα αυτά τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αγωγή υγείας σε ορισμένες περιπτώσεις όπως για να ενημερώσουν το κοινό για ένα θέμα υγείας, για να υποκινήσουν το ενδιαφέρον για μια αλλαγή στη συμπεριφορά.

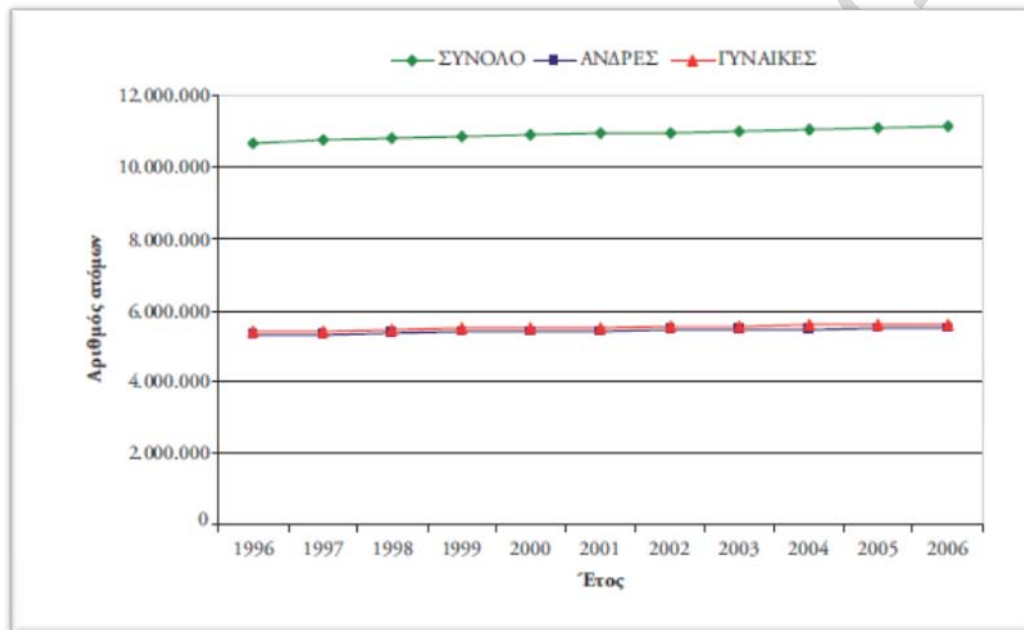
Οι μέθοδοι ενεργητικής συμμετοχής εντάσσονται στο γνωστικό και συναισθηματικό μοντέλο. Χρησιμοποιούν πληροφορίες από τη μια και από την άλλη κινητοποιούν το συναίσθημα των εκπαιδευόμενων μέσα από την ενεργό συμμετοχή τους, με σκοπό βέβαια την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Χρησιμοποιεί μια ποικιλία τεχνικών αλληλεπίδρασης όπως η συζήτηση, η έρευνα, τα ερωτηματολόγια, οι μελέτες περιπτώσεων. Πλεονεκτήματα της μεθόδου θεωρούνται: η βαθύτερη κατανόηση των θεμάτων, η προσαρμογή στις ανάγκες της κάθε ομάδας και η χρησιμοποίηση των εμπειριών της ομάδας. Η βιωματική μέθοδος εκπαίδευσης στηρίζεται στην ενδυνάμωση του ατόμου, είναι συνδυασμός του συναισθηματικού και ψυχοκοινωνικού μοντέλου με σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς μέσα από την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Δηλαδή έχει ως στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και αυτογνωσίας του ατόμου, την κατανόηση της συμπεριφοράς του, την ανάπτυξη υπευθυνότητας και την ωρίμανση με απώτερο σκοπό το άτομο να αποκτήσει τον έλεγχο της προσωπικής του ζωής και να λαμβάνει συνειδητές αποφάσεις. Η αλληλοδιδασκτική μέθοδος εντάσσεται και στα τρία μοντέλα, γνωστικό, συναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό. Συνιστάται στην αξιοποίηση της κοινωνικής επιρροής μεταξύ ομοίων, την οποία χρησιμοποιεί για τη «διδασκαλία» θεμάτων κοινού ενδιαφέροντος.

Αλληλοδιδασκτική μέθοδος είναι η μέθοδος που επιδιώκει την ενημέρωση, επιμόρφωση και εκπαίδευση μέσω της παρέας ή των ομοίων γενικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια ποικιλία προγραμμάτων που υλοποιούνται σε οργανωμένο πλαίσιο (σχολεία, κέντρα νεότητας, συλλόγους) είτε από μόνης είτε σε συνδυασμό με άλλα προγράμματα προαγωγής υγείας.[17]

## 2.3 Παράγοντες κινδύνου

### 2.3.1 Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού

Ο πληθυσμός της Ελλάδας, την 1η Ιανουαρίου του 2006, ανερχόταν σε 11.125.179 άτομα. Από αυτά, τα 5.508.165 ήταν άνδρες και τα 5.617.014 γυναίκες.[22] (διάγραμμα 2.1)

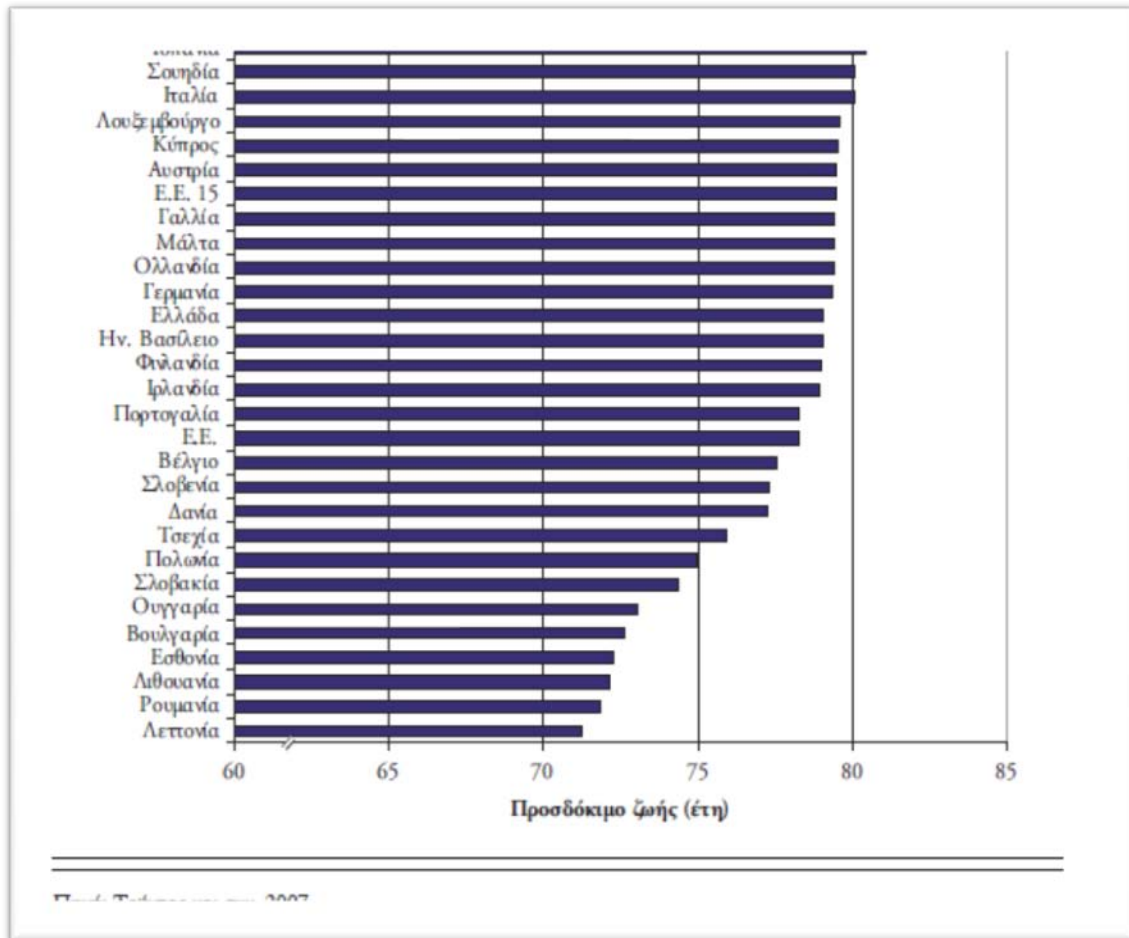


Διάγραμμα 2.1. Πληθυσμός την 1η Ιαν. των ετών 1996 - 2006, κατά φύλο

Πηγή : Τούντας 2009

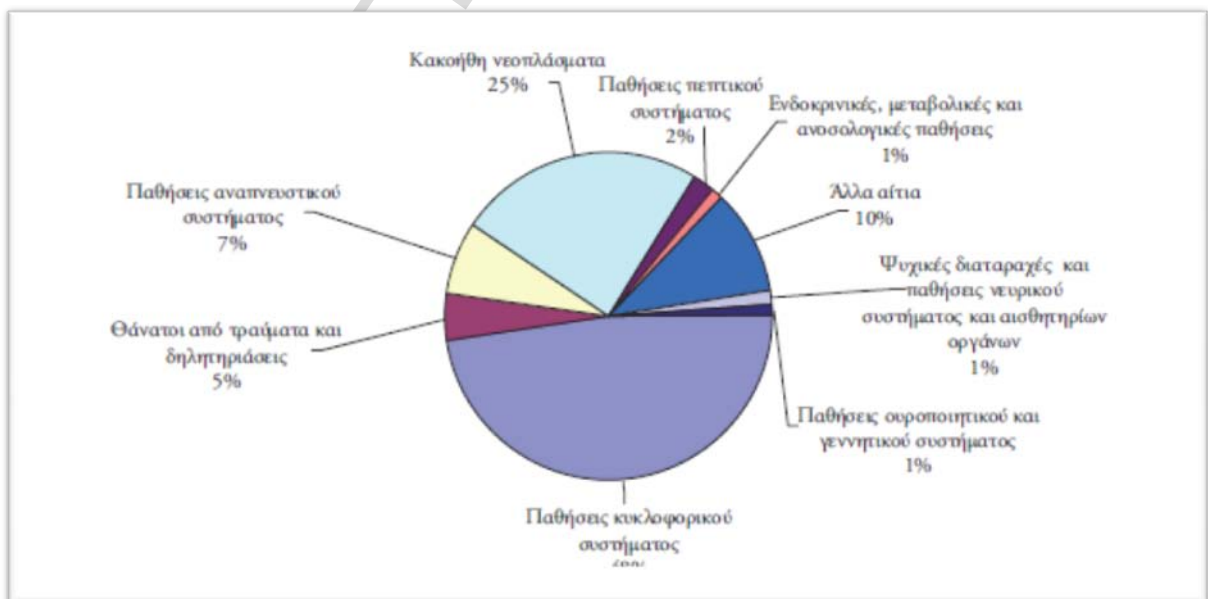
Η Ελλάδα, με προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση τα 79,05 έτη, κατατάσσεται 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004. (διάγραμμα 2.2)

Οι κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό, με φθίνουσα σειρά, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις. Το 2004, το 48% των θανάτων στην Ελλάδα οφειλόταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ τα κακοήθη νεοπλάσματα ήταν υπεύθυνα για το 25% των θανάτων, με τις υπόλοιπες αιτίες να ακολουθούν με αρκετά μικρότερα ποσοστά.[22] (διάγραμμα 2.3.)



Διάγραμμα 2.2. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004).

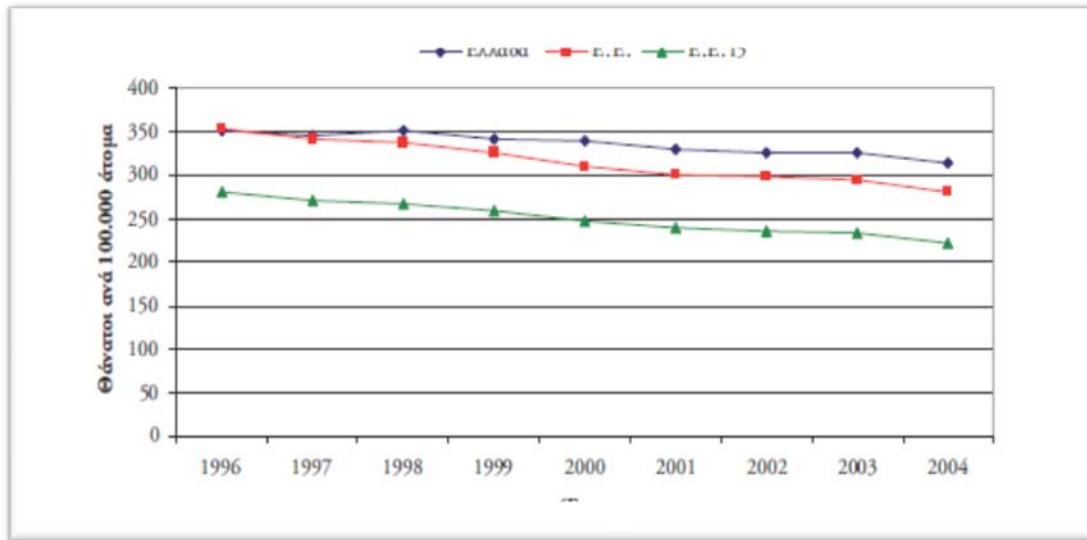
Πηγή : Τούντας 2009



Διάγραμμα 2.3. Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004)

Πηγή : Τούντας 2009.

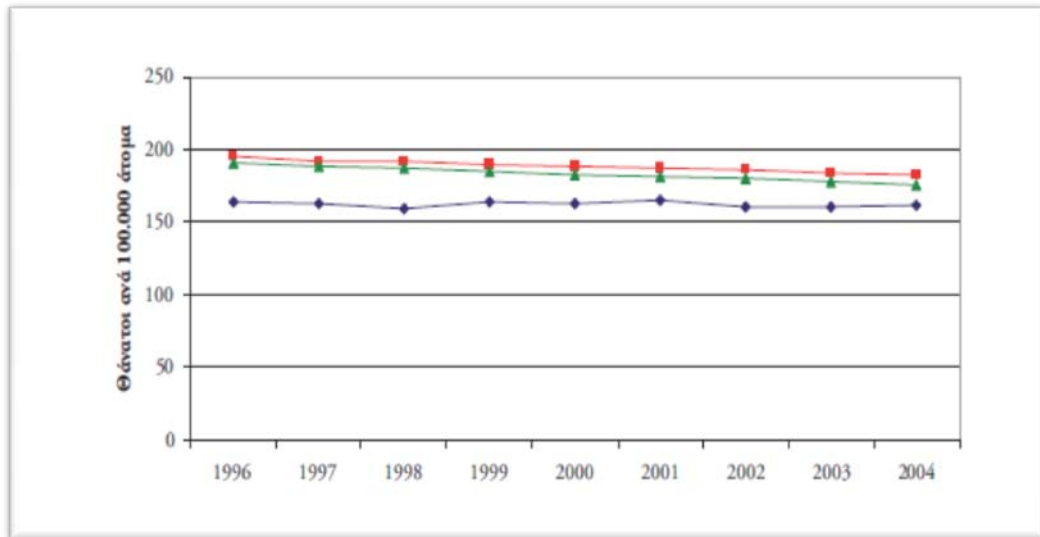
Η ελάττωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1996 - 2004 ήταν 10,5%. [22] (διάγραμμα 2.4.)



Διάγραμμα 2.4. Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 – 2004)

Πηγή :Τούντας 2009

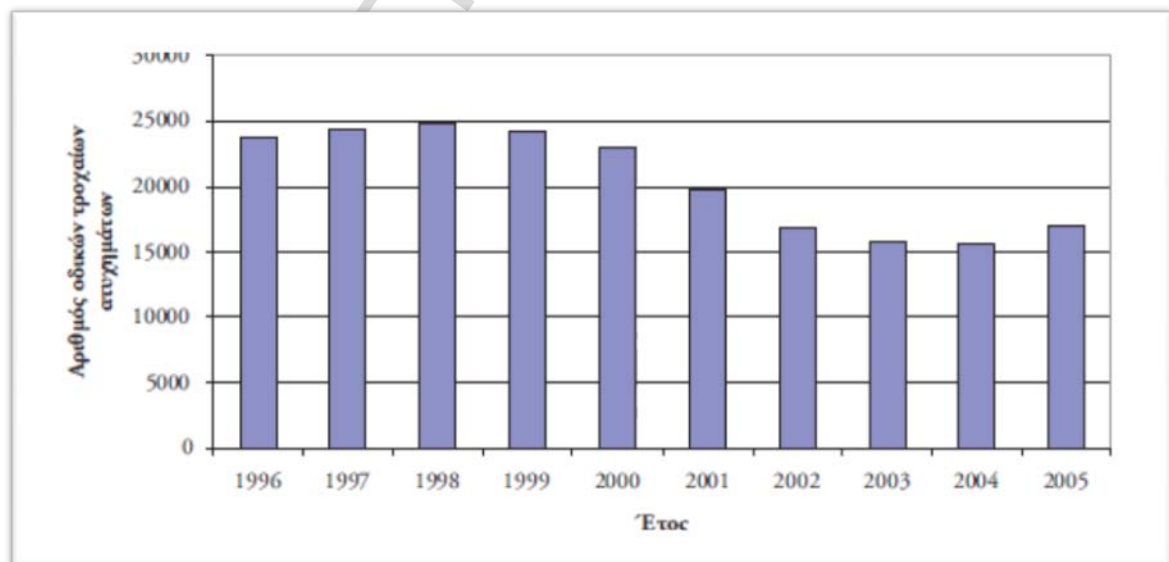
«Η προτυπωμένη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν, το 2004, σε 161,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 182,43 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνεται η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ό τι στον ελληνικό χώρο, όπου η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία 20 χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (161,14 το 1985 και 161,9 ανά 100.000, το 2004)» [22] (διάγραμμα 2.5)



Διάγραμμα 2.5. Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004)

Πηγή : Τούντας 2009

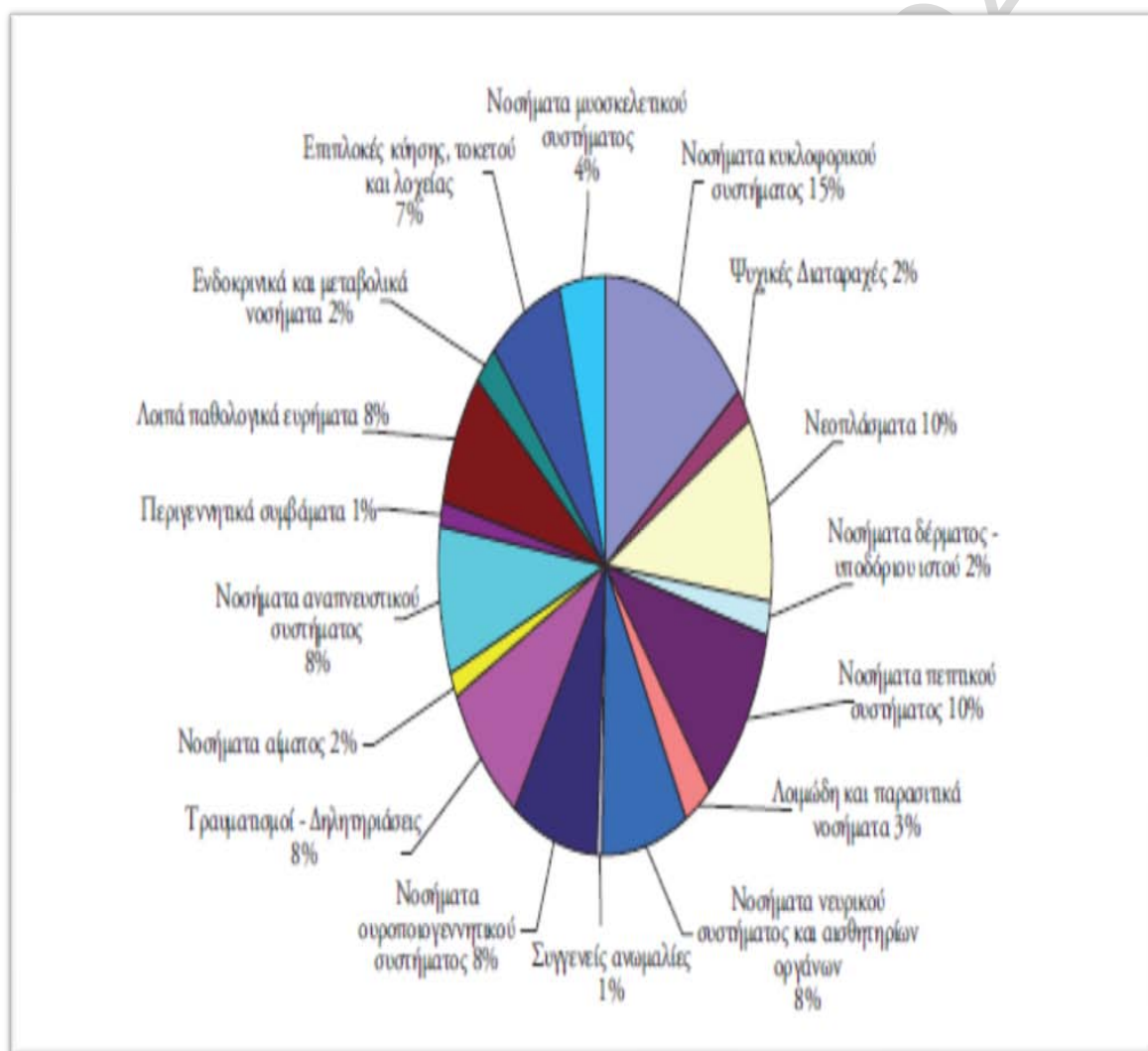
Η μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα, από 21,82 το 1996 σε 16,38 ανά 100.000 άτομα το 2004, οφείλεται στην αξιοσημείωτη ελάττωση των οδικών τροχαίων ατυχημάτων.[22] (διάγραμμα 2.6)



Διάγραμμα 2.6. Εξέλιξη του αριθμού των οδικών τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα (1996 - 2005)

πηγή : Τούντας 2009

Οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν, το 2003, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα νεοπλάσματα και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Τα ποσοστά κάθε κατηγορίας παθήσεων επί του συνόλου των εισαγωγών στα ελληνικά νοσοκομεία το έτος 2003 παρατίθενται στο διάγραμμα 2.7.»[22]



Διάγραμμα 2.7. Ποσοστιαία κατανομή των εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία πάθησης, στην Ελλάδα (2003)

Πηγή : Τούντας 2009

### 2.3.2 Παράγοντες κινδύνου και Ελλάδα

Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών και της χώρας μας, συσχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, υπεύθυνα για το 48% των θανάτων στον



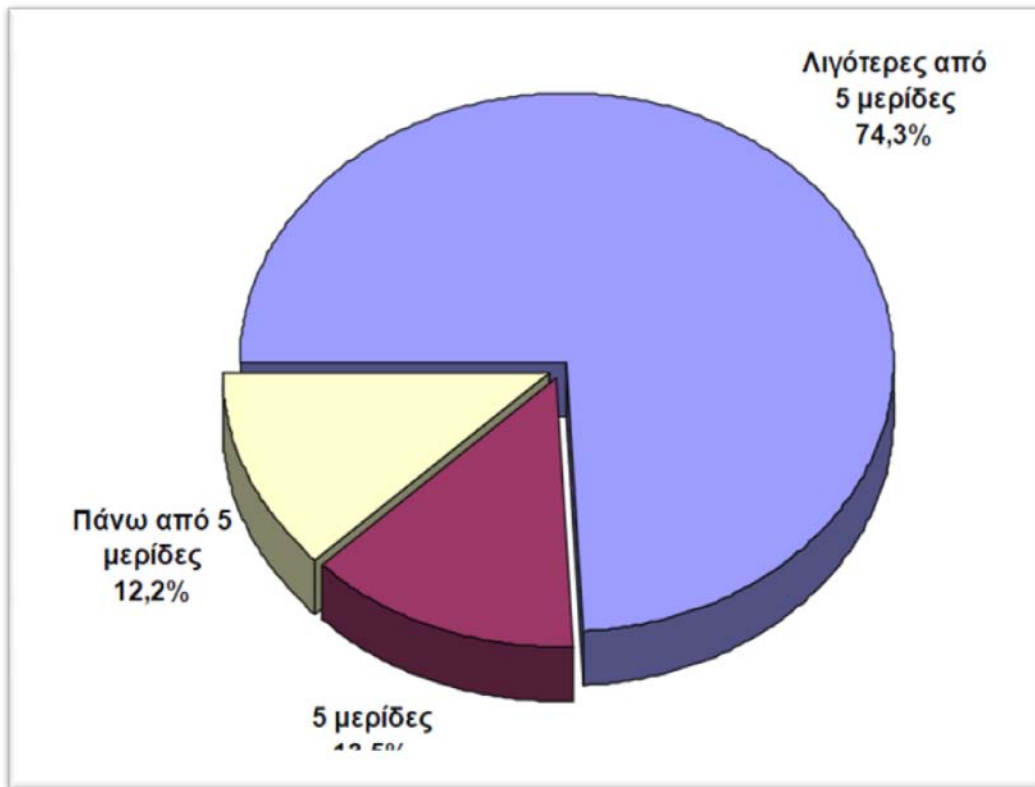
ελληνικό πληθυσμό , έχουν ως βασικούς παράγοντες κινδύνου την κακή διατροφή , την έλλειψη σωματικής άσκησης, την παχυσαρκία και το κάπνισμα , παράγοντες που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις καθημερινές συνήθειες. «Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για περισσότερο από το 1/3 των θανάτων στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες και για μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία.»[23]. Η δεύτερη αιτία θανάτου , τα κακοήγη νεοπλάσματα οφείλονται επίσης στη συμπεριφορά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αντίστοιχοι ισχυρισμοί μπορούν να τεκμηριωθούν για τα περισσότερα νοσήματα που καθορίζουν το νοσολογικό πρότυπο που επικρατεί στην Ελλάδα.

Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση κάποιου νοσήματος μπορεί να είναι πολλοί, όπως για παράδειγμα ένας παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο της μήτρας και του τραχήλου είναι ο ιός HPV, οι κυριότεροι όμως παράγοντες κινδύνου ,οι οποίοι είναι κοινοί για όλα τα χρόνια νοσήματα είναι η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η σωματική άσκηση, τα ναρκωτικά, η παχυσαρκία.

### 2.3.2.1. Διατροφή –σωματική άσκηση –παχυσαρκία

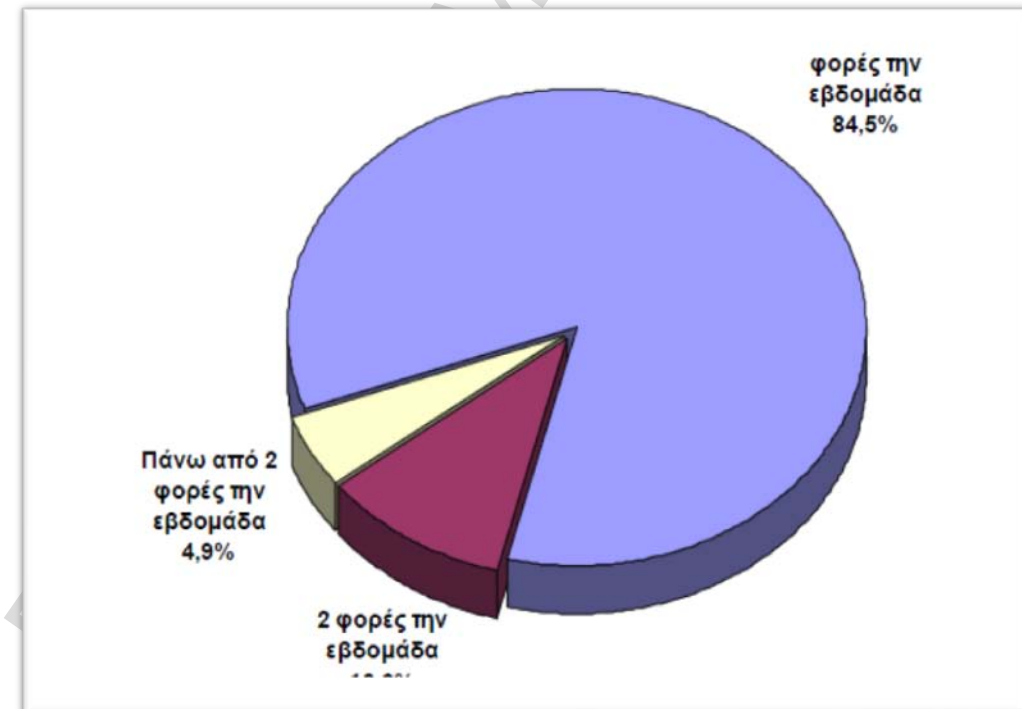
Οι Έλληνες φαίνονται ότι ακολουθούν πάνω-κάτω μια ισορροπημένη διατροφή που όμως σηκώνει αρκετές βελτιώσεις για να χαρακτηριστεί ως η κλασική προστατευτική «μεσογειακή δίαιτα».

Σύμφωνα με την έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας με τίτλο «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα , Μέρος 1<sup>ο</sup> Επίπεδο Υγείας- Συνήθειες σχετιζόμενες με την υγεία» [24] : Το 74,3% των ερωτώμενων απάντησαν ότι καταναλώνουν λιγότερες από 5 μερίδες (διάγραμμα 2.8). Αντίστοιχα, 84,5% δήλωσαν ότι καταναλώνουν λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα κάποιο λιπαρό ψάρι (π.χ. σαρδέλες, σκουμπρί, κολιό, σολομό, κλπ) (διάγραμμα 2.9)[...] Κόκκινο κρέας δήλωσαν ότι καταναλώνουν 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα οι 31,8% των ερωτώμενων, ένα άλλο 35,9% δήλωσαν ότι καταναλώνουν 2 φορές την εβδομάδα, 23,9% καταναλώνουν κόκκινο κρέας 1 φορά την εβδομάδα, και 8,4% καταναλώνουν κρέας λιγότερο συχνά από 1 φορά την εβδομάδα (Διάγραμμα 2.10).



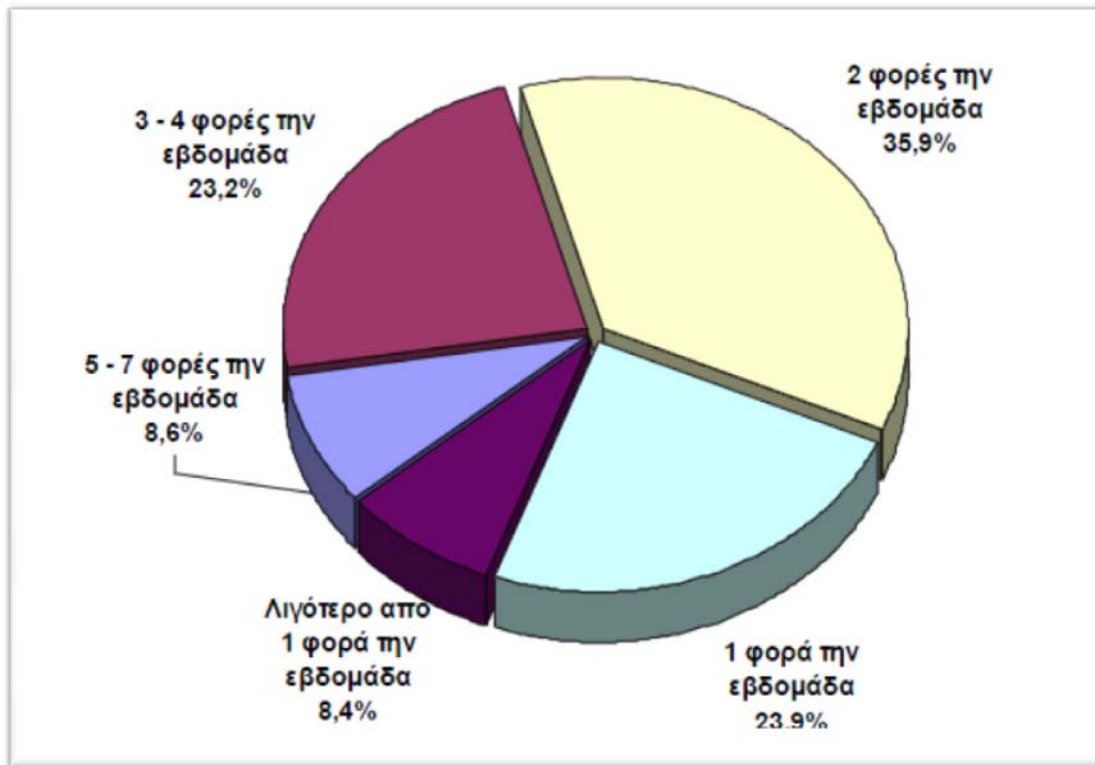
Διάγραμμα 2.8. Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Πηγή : Ε.Σ.Δ.Υ 2006



Διάγραμμα 2.9. Κατανάλωση ψαριού

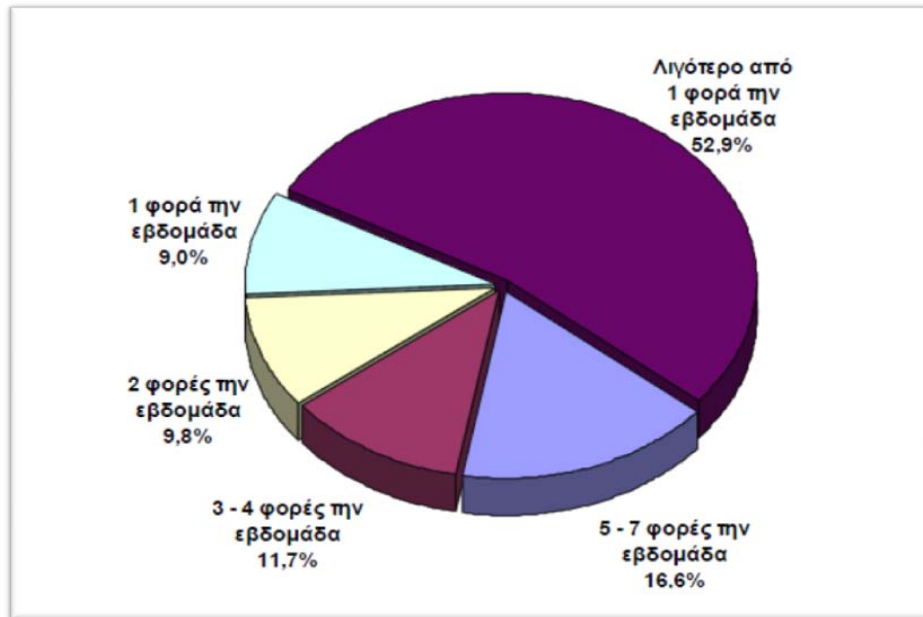
Πηγή : Ε.Σ.Δ.Υ .2006



Διάγραμμα 2.10. Κατανάλωση κόκκινου κρέατος

Πηγή : Ε.Σ.Δ.Υ 2006

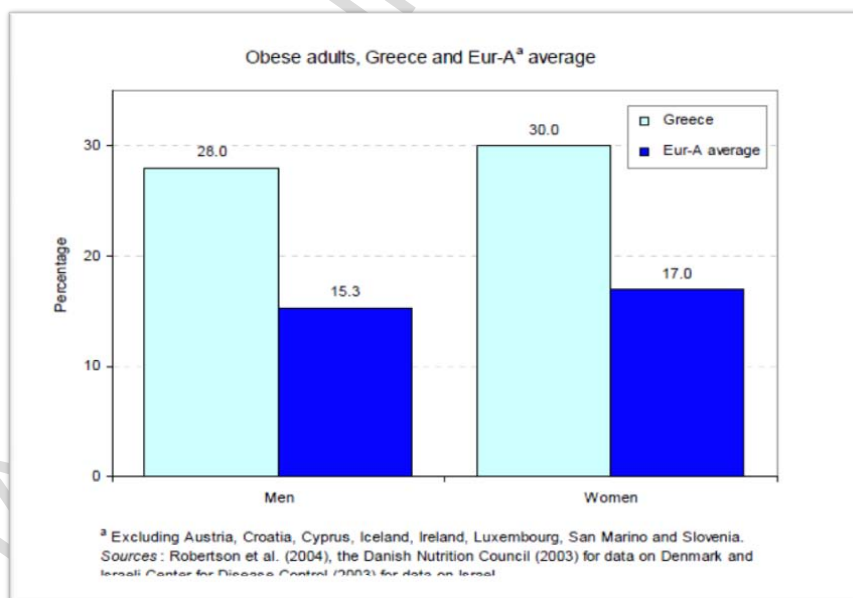
Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για πολλά νοσήματα με κυριότερα τα νοσήματα του κυκλοφορικού. Στην ίδια έρευνα [24] σε σχέση με τις διεθνείς συστάσεις για έντονη φυσική δραστηριότητα ή άσκηση διάρκειας μισής ώρας κατά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, 16,6% των ερωτωμένων δήλωσαν ότι έχουν έντονη φυσική δραστηριότητα μισής ώρας 5 με 7 φορές την εβδομάδα, ενώ το 52,9 % δήλωσε ότι έχει φυσική δραστηριότητα λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα (διάγραμμα 2.11)



Διάγραμμα 2.11. Συχνότητα έντονης φυσικής δραστηριότητας

Πηγή :Ε.Σ.Δ.Υ 2006

Στην Ελλάδα, περίπου 28% των ανδρών και 30% των γυναικών είναι παχύσαρκα, το ποσοστό είναι πολύ υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.[25] (Εικόνα 2.1).



Εικόνα 2.1. Παχύσαρκοι ενήλικες Ελλάδα-Ευρωπαϊκός μέσος όρος

Πηγή :WHO ,2004

Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και τη μείωση όλων των διατροφοεξαρτώμενων νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό, και η ανάδειξη και αξιοποίηση της παραδοσιακής ελληνικής διατροφής, ως παράγοντα προάσπισης της υγείας, όπως θα δούμε πιο αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.[26]

### 2.3.2.2. Κάπνισμα

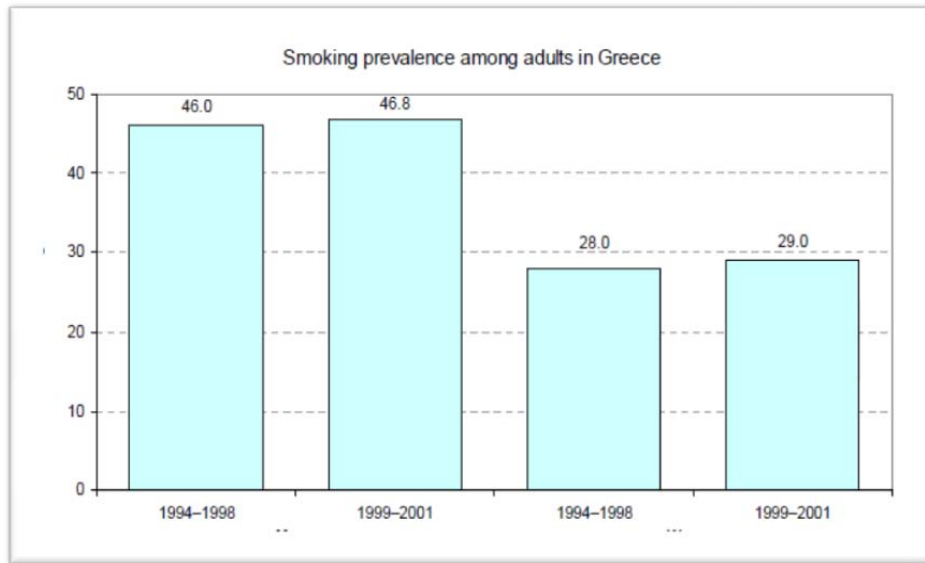
Το κάπνισμα στην Ελλάδα παραμένει σε υψηλά επίπεδα, εμφανίζοντας μια σχετική αυξητική τάση από το 2000 και για τα δυο φύλλα (Εικόνα 2.2). Σύμφωνα με τα στοιχεία της Πανελλαδικής έρευνας για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας Hellas Health I,<sup>1</sup> : «Το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές και συγκεκριμένα το 49,9% των ενηλίκων αντρών και το 30,8 % των ενηλίκων γυναικών καπνίζουν σε καθημερινή βάση (Πίνακας 2.2.).

Πίνακας 2.2. Ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα κατά φύλλο και ηλικία

Συνήθειες καπνίσματος	ΦΥΛΟ			ΗΛΙΚΙΑ					
	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΙΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΙΣ	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Ναι, καθημερινά	40,0%	49,9%	30,8%	44,3%	50,8%	53,9%	47,0%	34,7%	16,5%
Ναι, καμια φορά	3,1%	2,5%	3,6%	3,5%	3,2%	1,7%	7,3%	2,7%	1,3%
Όχι, καθόλου	56,9%	47,6%	65,5%	52,2%	45,9%	44,4%	45,7%	62,7%	82,1%

Πηγή : Τούντας, 2009

1. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Πρόληπτικής Ιατρικής Δελτίο Τύπου 11 Νοεμβρίου 2006 Hellas Health I - Συνολικά αποτελέσματα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.neaygeia.gr/pdf/HellasHealth\\_I\\_sunolika\\_apotelesmata.pdf](http://www.neaygeia.gr/pdf/HellasHealth_I_sunolika_apotelesmata.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 2/3/2011



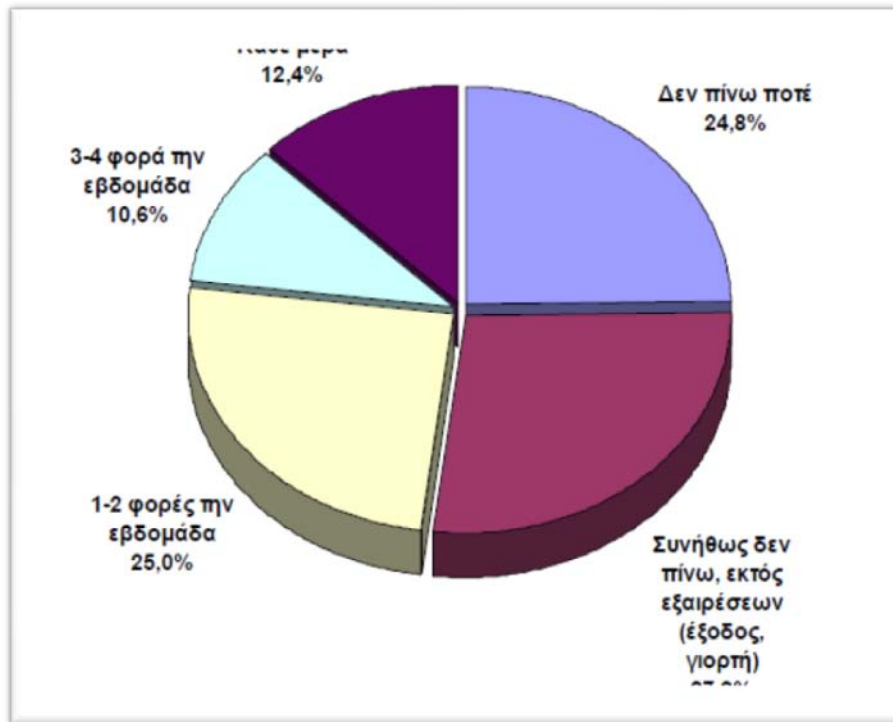
Εικόνα 2.2. Επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ ενηλίκων στην Ελλάδα

Πηγή : WHO,2004

Σκοπός του Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και την καταπολέμηση του καπνίσματος, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας.[27]

### 2.3.2.3. Αλκοόλ

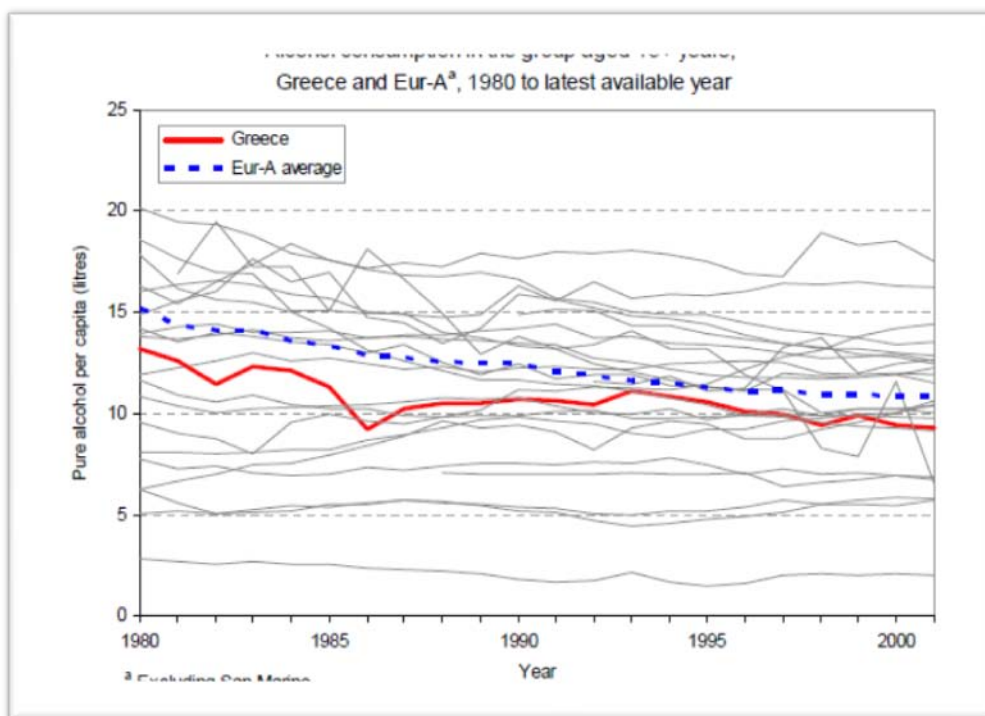
Στην έρευνα της ΕΣΔΥ [24] και στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα συνήθως πίνετε αλκοόλ», το 12,4% των ερωτηθέντων απάντησε «κάθε μέρα», το 10,6% απάντησε «3 με 4 φορές», το 25% απάντησε «1 με 2 φορές», το 27,2% απάντησε ότι συνήθως δεν πίνουν εκτός εξαιρέσεων (έξοδοι, γιορτές, κλπ) και τέλος το 24,8% δήλωσε ότι δεν πίνει ποτέ (διάγραμμα 2.12.).



Διάγραμμα 2. 12. Εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ

Πηγή : Ε.Σ.Δ.Υ 2006

Το 2001 τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα ήταν 14% λιγότερο από της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 σαν σύνολο (Εικόνα 2.3)

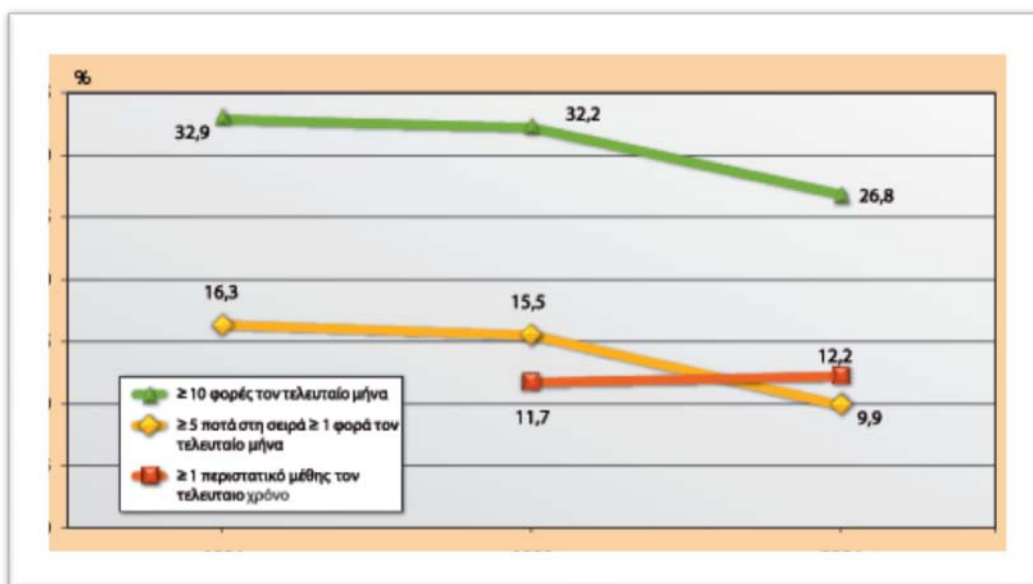


Εικόνα 2.3. Κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. ΤΩΝ 15

Πηγή : WHO,2004

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας έκθεσης για το 2010 του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής για τη χρήση ναρκωτικών και οινοπνευματωδών ποτών [28] σχεδόν όλοι οι Έλληνες (ηλικίας 12-64 ετών) έχουν δοκιμάσει έστω και μία φορά στη ζωή τους κάποιο οινοπνευματώδες ποτό, ενώ 3 στους 4 (74,1%) έχουν καταναλώσει έστω και ένα οινοπνευματώδες τον τελευταίο χρόνο. Πρόσφατη κατανάλωση οινοπνευματωδών (έστω και μία φορά τον τελευταίο μήνα) αναφέρει το 65,8% του πληθυσμού, ενώ υπερβολική κατανάλωση (τουλάχιστον 5 οινοπνευματώδη στην καθισιά, τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο μήνα) αναφέρει το 10%. Τέλος, το 12,2% του πληθυσμού αναφέρει τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο. Διαχρονικά (1984-2004) η κατανάλωση οινοπνευματωδών έχει μειωθεί σημαντικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία, συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών αναφέρει το 32,9% το 1984, το 32,2% το 1998 και το 26,8% το 2004. Σημαντική μείωση παρουσιάζει επίσης και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών. Εξαιρέση αποτελεί η μέθη, όπου το ποσοστό εκείνων που αναφέρουν τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο παρουσιάζει αυξητική τάση μεταξύ 1998 και 2004 (διάγραμμα 2.13)





Διάγραμμα 2.13..Διαχρονικά στοιχεία (1984-2004) για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στο γενικό πληθυσμό

Πηγή : ΕΚΤΕΠΝ,2010

#### 2.3.2.4. Ναρκωτικά

Η πλέον πρόσφατη έρευνα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 12-64 ετών (n= 4.774) σχετικά με τη χρήση παράνομων ουσιών είναι αυτή που πραγματοποίησε το 2004 το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ για λογαριασμό του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) τα ευρήματα της οποίας αναφέρονται στο Εθνικό σχέδιο δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012 [29] . Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας

- Ένα στα 12 άτομα (8,6%) ηλικίας 12-64 ετών αναφέρει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή (κυρίως κάνναβη). Το 3,8% δοκίμασαν κάποια παράνομη ουσία 1-2 φορές, ενώ το 4,8% επανέλαβε τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές.

- Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης καταγράφονται: στους άνδρες (13,3%, έναντι 3,9% των γυναικών), στις ηλικιακές ομάδες 25-34 (12,5%) , 18-24 (12%) και 35-44 ετών (12%), στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (14,6% έναντι 10,2% και 5,4% για τα άτομα μέσου και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, αντίστοιχα) και στην Αθήνα (12,4%, έναντι 7,9% της Θεσσαλονίκης και 7,3% των λοιπών αστικών περιοχών της χώρας).

- Κατά το χρονικό διάστημα 1984 -2004 διπλασιάστηκε ο αριθμός των ατόμων (από 4% στο 8,6%) που ανέφεραν χρήση παράνομων ουσιών έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή.

Οι κυρίαρχες μεταρρυθμιστικές τομές που προτείνει το Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά είναι η ανάπτυξη οριζόντιας πολιτικής για την καταπολέμηση των εξαρτήσεων, η αποσαφήνιση και η δημιουργία ενός σταθερού κύκλου θεραπείας που σηματοδοτείται από την οργανική σύνδεση των προγραμμάτων υποκατάστατων με τα «στεγνά» προγράμματα, η ένταξη των προγραμμάτων υποκατάστατων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Ε.Σ.Υ., η δημιουργία ενός ενιαίου και εθνικού προϋπολογισμού για τα ναρκωτικά, που θα ξεπερνά τις αδιέξοδες και κοστοβόρες αλληλοεπικαλύψεις, και η θεμελίωση σταθερών και στοχευμένων εκστρατειών πρόληψης και ενημέρωσης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

# Τέταρτο κεφάλαιο Έρευνα σχετικά με την ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση  
της Υγείας

Στρέκλα Ευγενία

2011

Τρίτο κεφάλαιο  
Πρόληψη παραγόντων  
κινδύνου- νόσων &  
Εθνικά Σχέδια Δράσης

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση  
της Υγείας

Στρέκλα Ευγενία

2011

### 3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ-ΝΟΣΩΝ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Στη χώρα μας η πολιτική υγείας, παρά τις κατά καιρούς εξαγγελίες και «προεκλογικές δεσμεύσεις» έχει κυριολεκτικά τοποθετήσει στο περιθώριο των δράσεων και προγραμμάτων της την πρόληψη και την προστασία της υγείας. Κύρια δράση όλων των Υπουργών στη διάρκεια της μεταπολιτευτικής περιόδου, όταν την παγκόσμια υγειονομική κοινότητα συγκλόνιζε η νέα στρατηγική της Διακήρυξης της Alma-Ata και της «στροφής» προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Προαγωγή της Υγείας, ήταν η βελτίωση της νοσοκομειακής υποδομής και της θεραπευτικής ιατρικής, δηλαδή η αντιμετώπιση της νόσου και όχι η πρόληψή της. Και το ίδιο στη χώρα του πατέρα της ιατρικής του Ιπποκράτη, ο οποίος με έμφαση τόνιζε πριν από 2.500 χρόνια ότι «κάλλιον το προλαμβάνειν ή θεραπεύειν».

Στον ιδρυτικό Νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Νόμος 1397/1983) επιχειρήθηκε μια στροφή προς την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, με τις διατάξεις του άρθρου 15 για τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, σύμφωνα με τις οποίες τα Κέντρα Υγείας θα έπρεπε πέραν των υπηρεσιών πρόληψης να διαμορφώσουν προγράμματα «προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, ιατρικής της εργασίας, παροχής υπηρεσιών σχολικής υγιεινής και ιατροκοινωνικής και επιδημιολογικής έρευνας». Οι σκοποί αυτοί διατηρήθηκαν και στο άρθρο 16 του Νόμου 2071/1992, ο οποίος κυριολεκτικά ανάτρεψε την πολιτική φιλοσοφία και τις αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως είχαν θεσμοθετηθεί με το Νόμο 1397/1983. Εν τούτοις η έλλειψη πολιτικής βούλησης και στρατηγικής για τη διαμόρφωση μιας πραγματικά εθνικής πολιτικής υγείας, βασισμένης στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας μετέτρεψε τα Κέντρα Υγείας στο σύνολό τους σχεδόν σε χώρους παροχής αποκλειστικά και μόνο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δηλαδή διάγνωσης και θεραπείας κοινών νοσημάτων και τραυματισμών και κυρίως συνταγογράφησης, χωρίς να υπάρχει καμία ουσιαστικά παρέμβαση για πρόληψη και προαγωγή της υγείας.

Η Δημόσια Υγεία, το σύνολο δηλαδή των επιστημονικά τεκμηριωμένων δράσεων κάθε υπεύθυνης κοινωνίας που έχουν σαν στρατηγικό τους στόχο την πρόληψη των προβλέψιμων νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, δηλαδή την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής,

κυριολεκτικά «αγνοήθηκε» από την πολιτεία τα τελευταία τουλάχιστον τριάντα χρόνια. Παρά την ψήφιση από τη Βουλή διατάξεων για τη δημόσια υγεία, που εντάχθηκαν σε διάφορους κατά καιρούς Νόμους (Ν. 2071/1992, Ν. 2519/1997) ή και την ψήφιση αυτοτελών Νόμων για τη δημόσια υγεία (Ν. 3172/2003, και Ν. 3370/2005) δεν υπήρξαν αντίστοιχες πολιτικές κυρίως διότι οι οποίες θεσμικού χαρακτήρα παρεμβάσεις παρά το ότι χαρακτηρίζονταν από καινοτομικό πνεύμα είχαν, λόγω κυρίως της απουσίας μεσομακροπρόθεσμης στρατηγικής, συγκυριακό, αποσπασματικό και άρα ατελέσφορο χαρακτήρα, όπως έχει αποδειχθεί και στην καθημερινή πράξη. Η πρόληψη, με μόνη εξαίρεση τους εμβολιασμούς, εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη δράση για το σύνολο σχεδόν των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στον πρόσφατο Νόμο 3370/2005 έχει θεσμοθετηθεί η υποχρέωση της πολιτείας για τη διαμόρφωση Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία (άρθρα 6, 7 και 8) η οποία πρέπει να «...αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού...» και να διαμορφώνεται με βάση τη διατομεακή συνεργασία και τη διεπιστημονική προσέγγιση με στόχο την αντιμετώπιση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και τον αποτελεσματικό έλεγχο και διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

Στα πλαίσια της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία ο τότε Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Δημήτρης Αβραμόπουλος παρουσίασε στις 17 Δεκεμβρίου του 2008 το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-212. Ένα πρόγραμμα δράσης το οποίο φιλοδοξεί να διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη πολιτική Δημόσιας Υγείας, με στρατηγικό στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών, μέσω της υλοποίησης μέτρων και προγραμμάτων βασισμένων στη σύγχρονη αντίληψη για την πρόληψη.

Το Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αποτελείται από ένα συνολικό σχέδιο δράσης, το οποίο θέτει οριζόντιους στόχους και πολιτικές για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, και από δεκαέξι (16) ειδικά σχέδια δράσης, τα οποία προτείνουν στρατηγική και δράσεις για την ολιστική διαχείριση και αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του Ελληνικού πληθυσμού, που είναι τα παρακάτω:

1. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο.

2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS.
3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία.
4. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά.
5. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.
6. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία.
7. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη.
8. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα.
9. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία.
10. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα.
11. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα.
12. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα.
13. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία.
14. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία.
15. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις.
16. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους παροχής υγείας.

Στη συνέχεια γίνεται μια συνοπτική αναφορά στους βασικούς στόχους και δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, της πρώτης στην υγειονομική ιστορία της χώρας προσπάθειας διαμόρφωσης συστηματικής και ολοκληρωμένης πολιτικής για τη δημόσια υγεία και ειδικότερα σε αυτούς που αφορούν στην Πρόληψη Παραγόντων Κινδύνου και στην Πρόληψη των λοιμωδών και μη νοσημάτων.

### **3.1 Πρόληψη Παραγόντων Κινδύνου**

Στην ενότητα αυτή γίνεται αναφορά στους άξονες και τις επιμέρους δράσεις των Εθνικών Σχεδίων Δράσης για την πρόληψη των νοσημάτων που οφείλονται στη διατροφή και την πρόληψη των βλαπτικών συνεπειών στην υγεία του καπνίσματος, της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών καθώς και στις δράσεις για την αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών κινδύνων

3.1.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές

Η επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι πολλά από τα σοβαρότερα νοσήματα στα οποία αποδίδεται το μεγαλύτερο νοσολογικό φορτίο, συνδέονται άμεσα με παράγοντες που σχετίζονται με τη σύγχρονη διατροφή. Η συσχέτιση αυτή έχει φέρει τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες στο άμεσο ενδιαφέρον της Δημόσιας Υγείας και την έχει αναδείξει σε μια από τις πρώτες προτεραιότητες για την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Η παχυσαρκία, η συχνότερη διατροφική διαταραχή στις αναπτυγμένες κοινωνίες, και η μη σωστή διατροφή συνδέονται με την εμφάνιση σειράς σοβαρών παθολογικών καταστάσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, η στεφανιαία νόσος, οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του μαστού, οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας, (π.χ. λιπώδες ήπαρ), καθώς και διάφορα ψυχολογικά προβλήματα.

Η μέχρι σήμερα πολιτική για τη διατροφή στην Ελλάδα έχει ως κύρια κατεύθυνση τη διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων, καθώς και των επιχειρήσεων τροφίμων και εστίασης. Στον τομέα αυτό, ο κύριος φορέας σχεδιασμού και άσκησης της πολιτικής τροφίμων είναι ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.). [26]

Οι άξονες του εθνικού σχεδίου δράσης για τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές είναι τέσσερις (4) και αφορούν στην προώθηση υγιεινών διαιτητικών επιλογών, στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διατροφικών διαταραχών και τη διαμόρφωση διατομεακής συνεργασίας για εθνική διατροφική πολιτική βασισμένη σε επιστημονική υποστήριξη, παρακολούθηση και αξιολόγηση των δράσεων.

Ο πρώτος άξονας «Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών» περιλαμβάνει έντεκα (11) δράσεις από τις οποίες οι με αριθμό 6,7,8,10 και 11 περιλαμβάνουν προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης .

Οι στόχοι της «Δράσης 6: Ενημέρωση του Γενικού Πληθυσμού για την Υγιεινή Διατροφή και τη Σωματική Δραστηριότητα» είναι : η βελτίωση των γνώσεων του κοινού για τη σχέση μεταξύ διατροφής και υγείας, η βελτίωση των γνώσεων για τις υγιεινές επιλογές τροφίμων που μειώνουν τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών, η διατροφική πληροφόρηση που αποσκοπεί στη μείωση της υπερβολικής θερμιδικής πρόσληψης, η εκπαίδευση των καταναλωτών να κατανοούν καλύτερα την αναγραφή των θρεπτικών ιδιοτήτων στην επισήμανση των τροφίμων, η σύνδεση της διαιτητικής αγωγής με τις παραδόσεις και τα πολιτιστικά στοιχεία του πληθυσμού, η ανάδειξη της σημαντικότητας της σωματικής δραστηριότητας στην επίτευξη σωστού σωματικού βάρους.



Οι στόχοι της «Δράσης 7: Δράσεις Ενημέρωσης για την Πρόληψη των Διατροφικών Διαταραχών (Νευρική Ανορεξία- Βουλιμία)» είναι : Η ενημέρωση των εφήβων και των νέων για την επικινδυνότητα των διατροφικών διαταραχών και ο έλεγχος των επιβαρυντικών παραγόντων, που οδηγούν στη νευρική ανορεξία και βουλιμία.

Οι στόχοι της «Δράσης 8: Προώθηση Προτύπων και Συμπεριφορών Υγιεινής Διατροφής και Σωματικής Άσκησης στα Παιδιά και στους Νέους για την Πρόληψη της Παιδικής Παχυσαρκίας» είναι : Η βελτίωση της δυνατότητας των παιδιών και των εφήβων να πραγματοποιούν υγιεινές επιλογές σε σχέση με τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και τις ατομικές συνήθειες, η βελτίωση της πρόσβασης των νέων σε υγιεινά τρόφιμα και γεύματα και ο περιορισμός της πρόσβασης σε προϊόντα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, αλάτι και ζάχαρη, η προώθηση προτύπων διασκέδασης και διατροφής που συμβάλλουν στη διαμόρφωση υγιεινών συνηθειών και συμπεριφορών, η αξιοποίηση του σχολικού περιβάλλοντος για την πραγματοποίηση υγιεινών επιλογών, η διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος προς τους νέους και τους εφήβους για τη διευκόλυνση υγιεινών επιλογών.

Τέλος οι στόχοι της «Δράσης 10: Προώθηση Υγιεινών Διατροφικών Προτύπων και Συμπεριφορών στους Χώρους Εργασίας» είναι : η εξασφάλιση της διαθεσιμότητας υγιεινών τροφίμων και γευμάτων στο χώρο εργασίας, η ανάπτυξη της δυνατότητας υγιεινών διατροφικών επιλογών για τους εργαζόμενους και η ανάπτυξη στους χώρους εργασίας κατάλληλου περιβάλλοντος για την προώθηση της σωματικής άσκησης και των υγιεινών συνηθειών, σε σχέση με τη διατροφή και την παχυσαρκία.

### 3.1.2 Εθνικό Σχέδιο δράσης για το κάπνισμα και τις συνέπειες του

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. [27]

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- στεφανιαία νόσος.
- καρκίνος του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης κ.λπ.
- χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες.

• αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου [ 27]

Οι βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος είναι γνωστές από σειρά επιδημιολογικών μελετών αμέσως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και οι περισσότερες από τις χώρες του ΟΟΣΑ προχώρησαν στη λήψη νομοθετικών μέτρων για τη μείωσή τους. Στη χώρα μας η πρώτη σχετική νομοθετική παρέμβαση ήταν για την απαγόρευση του καπνίσματος στις δημόσιες συγκοινωνίες, μέτρο το οποίο εφαρμόστηκε οριστικά περίπου σαράντα χρόνια μετά. Την ίδια αρνητική πορεία είχε και η πολιτική κατά το καπνίσματος που υιοθέτησε το 1978 ο αείμνηστος Υπουργός Υγείας Σπύρος Δοξιάδης και ειδικότερα η απαγόρευση του καπνίσματος στα Νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές και στους κλειστούς δημόσιους χώρους. Η πολιτική αυτή παρά τα θετικά αποτελέσματα (μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων) κατ' ουσία εγκαταλείφθηκε μετά το 1981 και οδήγησε σε προοδευτική αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνιστικής συνήθειας των Ελλήνων, παρά την έκδοση κατά καιρούς παρόμοιων υπουργικών αποφάσεων (1993 και 2002).

Σήμερα στην Ελλάδα οι διατάξεις του άρθρου 17 του Νόμου 3868/2010 επιβάλλουν την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, με ορισμένες εξαιρέσεις (μερική απαγόρευση) για χώρους διασκέδασης, παμπ και μπαρ, θαλάσσια μέσα μεταφοράς, κλπ. Παρά την «αυστηρότητα» όμως του Νόμου έχει ομολογηθεί δυστυχώς και δια στόματος του Υπουργού Υγείας η αδυναμία της πολιτείας για εποπτεία της εφαρμογής των απαγορεύσεων, καθιστώντας και πάλι επίκαιρη τη γνωστή ρήση του Εμμανουήλ Ροΐδη για την αναγκαιότητα ψήφισης νόμου περί εφαρμογής των υπαρχόντων νόμων.

Στα μέτρα κατά του καπνίσματος περιλαμβάνεται και η απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού και η υποχρέωση αναγραφής στα πακέτα των τσιγάρων προειδοποιητικών αναφορών για τους κινδύνους του καπνίσματος. Η χώρα μας έχει εφαρμόσει τα μέτρα που επιβάλλουν οι κοινοτικές οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 2003 και έχει απαγορεύσει πλήρως τη διαφήμιση των προϊόντων καπνού στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο και τα έντυπα (ελληνικές εφημερίδες και περιοδικά) εξαιρώντας τα σημεία πώλησης, την υπαίθρια διαφήμιση μέσω πινακίδων, κλπ.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το κάπνισμα περιλαμβάνει τέσσερις άξονες με ειδικές δράσεις που αφορούν στην πρόληψη, τη θεραπεία και την απεξάρτηση, τον αναγκαίο συντονισμό, τη διατομεακή συνεργασία και την κοινωνική συμμετοχή καθώς

και την έρευνα, τεκμηρίωση και εκπαίδευση. Οι δράσεις του άξονα 1 που αφορά στην πρόληψη των βλαπτικών συνεπειών του καπνίσματος είναι δώδεκα (12) και αφορούν:

1. Στη δημιουργία «Εθνικού Φορέα Πρόληψης του Καπνίσματος» (δράση 1) και τη θέσπιση αποτελεσματικότερων διατάξεων με σκοπό την εφαρμογή των υποχρεωτικών επιγραφών επισήμανσης επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού, η διασφάλιση του ελέγχου και της εποπτείας της τήρησης των διατάξεων και η αύξηση της αποτελεσματικότητας της προειδοποιητικής επισήμανσης επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού με στόχο την έγκυρη ενημέρωση των καταναλωτών (δράση 2).

2. Στη δημιουργία Εθνικού Δικτύου Πρόληψης (δράση 6) για την εφαρμογή εθνικής και ενιαίας προληπτικής πολιτικής κατά των εξαρτήσεων σε όλη τη χώρα στη βάση των αναγκών των τοπικών κοινωνιών και τη μετεξέλιξη του OKANA σε όργανο συντονισμού και υλοποίησης οριζόντιας εθνικής πολιτικής για την καταπολέμηση των εξαρτήσεων.

3. Στους στόχους της δράσης 7 «Εκστρατεία Ενημέρωσης του Γενικού Πληθυσμού για το Κάπνισμα» περιλαμβάνονται η παροχή εκτεταμένης και υπεύθυνης πληροφόρησης στο σύνολο του πληθυσμού για το κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα και τις συνέπειές του στην υγεία, η ενημέρωση του κοινού σχετικά με την πίσσα, τη νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα και τα άλλα συστατικά των προϊόντων καπνού, η ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης, με τη χρήση του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών, η δημιουργία βάσης δεδομένων επιστημονικής τεκμηρίωσης και καλών πρακτικών, προσβάσιμης από όλο τον πληθυσμό, η ενεργοποίηση ολόκληρης της κοινωνίας και η αλλαγή των κοινωνικών προτύπων, στάσεων και συμπεριφορών αναφορικά με το κάπνισμα, η διαμόρφωση υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος και η ανάπτυξη προγράμματος δράσεων πληροφόρησης και πρόληψης σε κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες.

4. Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι άξονες της δράσης 8 «Αγωγή Υγείας στα Σχολεία» που αφορά στη θεμελίωση για πρώτη φορά στη χώρα μας σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που είναι: η ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων όσον αφορά την υγεία, η προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών, η καθιέρωση της ταυτότητας της

αγωγής υγείας στο σχολείο, η διαμόρφωση κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος που προάγει την υγεία για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του, η προαγωγή της φυσικής, προσωπικής, συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης των μαθητών, ώστε να αποφασίζουν και ενεργούν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν την υγεία και την προστασία τους, ο εφοδιασμός όλων των μαθητών με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες προάσπισης της υγείας τους και η αξιοποίηση των κοινωνικών και κοινοτικών πόρων, προς την κατεύθυνση της προστασίας και της προαγωγής της υγείας.

Τέλος οι στόχοι της δράσης 9 «Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση» είναι: η παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής για το κάπνισμα στους φοιτητές της χώρας, η διασφάλιση της διαθεσιμότητας συμβουλευτικών υπηρεσιών κατά του καπνίσματος στα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ο περιορισμός της συχνότητας καπνίσματος στους νέους.

Οι υπόλοιπες δράσεις του άξονα 1 αφορούν στον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού, την επέκταση της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και τη βελτίωση της εποπτείας εφαρμογής της σταδιακής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους την προώθηση της ιδέας του «Καθαρού Από Καπνό Περιβάλλον», τη δημιουργία του προγράμματος Τηλεσυμβουλευτικής «Quit Line 1031» και του Εθνικού Δικτυακού Τύπου για τις Εξαρτήσεις καθώς και την ενθάρρυνση και κινητοποίηση των καπνιστών να μετέχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και τη συμμετοχή τους στο διεθνές πρόγραμμα Quit and Win («Κερδίζω Κόβοντας το Κάπνισμα»).

### *3.1.3 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία*

Είναι ευρύτατα γνωστό ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ έχει δραματικές συνέπειες τόσο στον ίδιο τον πότη αλλά και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα τα όσα προκαλεί η κατάσταση μέθης όπως οι τραυματισμοί εξαιτίας κυρίως των τροχαίων ατυχημάτων με επακόλουθο θανάτους ή βαρείες αναπηρίες. Η παρατεταμένη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών έχει σημαντικές επιπτώσεις διότι το αλκοόλ ασκεί πολύπλευρη φαρμακολογική και τοξική δράση στον οργανισμό και, πέραν της εξάρτησης που μπορεί να οδηγήσει στην κατάσταση του

αλκοολισμού, επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων, προκαλώντας, ανάλογα με την πυκνότητα του αλκοόλ στο αίμα, 60 περίπου παθολογικές καταστάσεις όπως :

- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές λόγω των επιδράσεων στο κεντρικό νευρικό σύστημα
- Βλάβες στο περιφερικό νευρικό σύστημα (νευρίτιδες, κλπ).
- Βλάβες στο πεπτικό σύστημα και ιδιαίτερα το ήπαρ (αλκοολική κίρρωση)
- Επιδράσεις στο καρδιαγγειακό και κυκλοφορικό σύστημα.

Στη χώρα μας παρόλο που δεν έχει εκδηλωθεί ακόμη έντονο το πρόβλημα της κατάχρησης αλκοόλ και σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. η κατανάλωση «σκληρών» αλκοολούχων ποτών φαίνεται να μειώνεται, οι βασικές πολιτικές πρόληψης αφορούν στον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής αλκοολούχων ποτών, στην απαγόρευση πώλησης αλκοολούχων σε νέους και στην απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Ο έλεγχος και αδειοδότηση της παραγωγής αλκοολούχων ποτών υλοποιείται με τη θέσπιση άδειας για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών, αν και το μέτρο κυρίως έχει ως στόχο τη διασφάλιση φορολογικών εσόδων παρά την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Το μέτρο της απαγόρευσης πώλησης ποτών σε νέους κάτω των 17 ετών έχει αποδειχθεί ότι ουσιαστικά ανενεργό, λόγω ελλιπούς επιτήρησης. Τέλος η απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, με ανώτατη επιτρεπτή συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα το 0,5%, είναι ένα μέτρο η τήρηση του οποίου κατά περιόδους εποπτεύεται ικανοποιητικά, ενώ σε άλλες περιόδους υστερεί, παρά το ότι η χώρα μας έχει την υψηλότερη στη Δυτική Ευρώπη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, μεγάλος αριθμός ων οποίων οφείλεται στη χρήση αλκοόλ, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία της αυστηρής εφαρμογής του μέτρου. [30]

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το αλκοόλ περιλαμβάνει πέντε άξονες με ειδικές δράσεις που αφορούν στην πρόληψη, τη θεραπεία και την απεξάρτηση, την επανένταξη και αποκατάσταση, τη διατομεακή συνεργασία και την κοινωνική συμμετοχή καθώς και την έρευνα, τεκμηρίωση και εκπαίδευση. Οι δράσεις του άξονα 1 που αφορά στην πρόληψη των βλαπτικών συνεπειών του καπνίσματος είναι δώδεκα (12) και αφορούν στη δημιουργία Εθνικού Φορέα Πρόληψης για το αλκοόλ και Εθνικού Δικτύου Πρόληψης, τη θέσπιση νέου νομοθετικού πλαισίου για την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, τον περιορισμό της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, τον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ στους χώρους εργασίας, την προειδοποιητική σήμανση επικινδυνότητας και

ασφαλούς κατανάλωσης, τη δημιουργία Εθνικού Δικτυακού Τόπου για τις Εξαρτήσεις και του προγράμματος Τηλεσυμβουλευτικής «Quit line 1031».

Οι στόχοι της δράσης 6 «Προστασία των Νέων από το Αλκοόλ, Ενδυνάμωση Στάσεων και Προληπτικών Συμπεριφορών» είναι η μείωση της πρόσβασης των νέων στο αλκοόλ, η μείωση της ζήτησης αλκοόλ από τους νέους, ο περιορισμός της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ («binge drinking») από τους νέους, η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών για την εκπαίδευση σε θέματα που σχετίζονται με την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, στα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και η διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ από τους νέους.

Οι στόχοι της δράσης 9 «Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης» είναι η παροχή εκτεταμένης και υπεύθυνης πληροφόρησης στο σύνολο του πληθυσμού για το αλκοόλ και τις συνέπειές του, η ενεργοποίηση της κοινωνίας στην προσπάθεια περιορισμού των βλαπτικών επιπτώσεων του, η διαμόρφωση υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος για τον περιορισμό της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ, η ουσιαστική αύξηση των ενεργειών και δραστηριοτήτων πληροφόρησης του πληθυσμού, μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, η ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης, με τη χρήση του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών και έντυπου υλικού και η ανάπτυξη συγκεκριμένου προγράμματος δράσεων πληροφόρησης και πρόληψης σε κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες (μετανάστες από χώρες με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ).

Τέλος οι στόχοι της δράσης 10 «Αγωγή υγείας στα σχολεία» οι στόχοι που αφορούν στη θεμελίωση σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων είναι οι ίδιοι ακριβώς με εκείνους που αφορούν στην αγωγή υγείας για την αποφυγή του καπνίσματος (ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων, που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων, προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών, κλπ).

#### *3.1.4 Εθνικό Σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά*

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί διεθνώς ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα που πέρα από τις βλαπτικές επιδράσεις στον ίδιο το χρήστη έχει σοβαρές επιπτώσεις στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, λόγω των συνεπειών της όπως ατυχήματα, αυτοκτονίες, αποχή από την εργασία και μείωση παραγωγικότητας,

διάλυση οικογενειών, αλλά και φαινόμενα βίας που οδηγούν σε αύξηση της εγκληματικότητας και του κινδύνου πρόκλησης ατυχημάτων και τραυματισμών. Το ότι η χρήση των ναρκωτικών σχετίζεται με διάφορες μεταδοτικές ασθένειες όπως το AIDS και οι ηπατίτιδες Β και C την έχει αναγάγει σε σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες, που διαπιστώνονται στην πολιτική κατά των ναρκωτικών στη χώρα μας, συνοψίζονται στα εξής [29]:

- Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευμένων δράσεων οδηγεί σε αποσπασματικές ενέργειες και βασικές οργανωτικές αδυναμίες.
- Απουσία ολιστικού σχεδιασμού για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Ο οικονομικός προγραμματισμός των δημοσίων πόρων εξαντλείται κυρίως σε εσωτερικές δαπάνες οργανισμών και δεν επενδύεται σε προγράμματα και δράσεις.
- Η μονοδιάστατη χορήγηση υποκατάστατων απορροφά οικονομικά το σύστημα αντιμετώπισης των εξαρτησιογόνων ουσιών, χωρίς να μπορεί να προσφέρει ανταποδοτικές ωφέλειες από την κοινωνική επανένταξη των χρηστών.
- Η λίστα αναμονής κοστίζει σε ανθρώπινες ζωές, αλλά και σε πολύτιμους οικονομικούς πόρους, που στερούνται από την ανάπτυξη πολιτικής πρόληψης και κοινωνικής επανένταξης.
- Δε διαθέτουμε συγκροτημένη πολιτική και σύγχρονες δημόσιες υποδομές για την αντιμετώπιση της πολυτοξικομανίας και των «νέων» ναρκωτικών.
- Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. αδυνατεί να υλοποιήσει την καταστατική του αποστολή. Η λειτουργία του σηματοδοτείται από τον ανεξέλεγκτο γιγαντισμό και την οργανωτική εσωστρέφεια.
- Δε διαθέτουμε σύστημα πιστοποίησης, ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων.
- Δε διαθέτουμε πολιτική κινήτρων για την ανάπτυξη της κοινωνικής αγοράς και την υποστήριξη της κοινωνικής επιχειρηματικότητας.
- Δε διαθέτουμε πολιτική για την αξιοποίηση της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης και του Εθελοντισμού.
- Η συνεχιζόμενη αντιμετώπιση των χρηστών ως κοινών εγκληματιών του ποινικού δικαίου ακυρώνει στην πράξη τα οποιαδήποτε αποτελέσματα μιας εθνικής πολιτικής κατά των ναρκωτικών.»

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά περιλαμβάνονται πέντε (5) άξονες δράσης που αφορούν στην πρόληψη, τη θεραπεία, την επανένταξη, την έρευνα την

εκπαίδευση και τεκμηρίωση και τη Διατομεακή Συνεργασία και Κοινωνική Συμμετοχή. Ο πρώτος άξονας που αφορά στην πρόληψη περιέχει δέκα (10) επιμέρους δράσεις.

Οι στόχοι της δράσης 1 «Εθνική εκστρατεία πρόληψης» είναι [29]:

«•Η ανάπτυξη για πρώτη φορά οργανωμένης και σταθερής εκστρατείας πρόληψης για το θέμα των εξαρτήσεων.

- Η καταπολέμηση της ιδέας των εξαρτήσεων ως τρόπου ζωής.
- Η στόχευση των επικοινωνιακών μηνυμάτων για όλα τα είδη των εξαρτήσεων.
- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος.
- Η ενεργοποίηση ολόκληρης της κοινωνίας και η αλλαγή των κοινωνικών προτύπων, στάσεων και συμπεριφορών, αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η διαμόρφωση υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος για την πρόληψη και διακοπή των εξαρτήσεων.
- Η ενημέρωση της κοινής γνώμης για τις υπηρεσίες που προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το πρόβλημα των εξαρτήσεων
- Η προβολή σε εθνική κλίμακα του έργου και των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Πρόληψης» .

Η δράση 2 αφορά στην «Αγωγή υγείας στα σχολεία» και οι στόχοι της που αφορούν στη θεμελίωση σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων είναι οι ίδιοι ακριβώς με εκείνους που αφορούν στην αγωγή υγείας για την αποφυγή του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ (ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων, που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων, προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών, κλπ).

### 3.1.5 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ το 23% όλων των θανάτων μπορούν να αποδοθούν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Από τα 102 μείζονα νοσήματα, ομάδες νοσημάτων και τραυματισμούς υπάρχει πλέον η βεβαιότητα ότι οι παράγοντες κινδύνου του περιβάλλοντος συνεισφέρουν στο νοσολογικό φορτίο σε 85 από αυτές τις κατηγορίες. Ο Π.Ο.Υ εκτιμά ότι «..ο συνολικός αριθμός απώλειας ετών υγιούς ζωής κατά κεφαλή ως αποτέλεσμα περιβαλλοντικού φορτίου, είναι 15 φορές υψηλότερος στις αναπτυσσόμενες χώρες απ' ότι στις αναπτυγμένες...» αναφέροντας χαρακτηριστικά ότι «...για διαρροϊκά νοσήματα και τα νοσήματα του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, το



περιβαλλοντικό φορτίο ήταν 120 με 150 φορές μεγαλύτερο σε ορισμένες υποπεριοχές του Π.Ο.Υ. για αναπτυσσόμενες χώρες, συγκρινόμενες με υποπεριοχές του Π.Ο.Υ. για ανεπτυγμένες χώρες...» [31]

Όταν αναφερόμαστε σε περιβαλλοντικούς κινδύνους εννοούμε κυρίως τους παρακάτω:

- Μόλυνση/ ρύπανση του αέρα, νερού ή εδάφους με βιολογικούς ή χημικούς παράγοντες.
- Υπεριώδης και ιονίζουσα ακτινοβολία.
- Θόρυβος, ηλεκτρομαγνητικά πεδία.
- Εργασιακοί κίνδυνοι.
- Οικοδομημένα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των κατοικιών, τρόπων χρήσης γης, δρόμων.
- Γεωργικές μέθοδοι, τρόποι άρδευσης.
- Αλλαγές κλίματος ανθρωπογενούς προέλευσης, αλλαγή του οικοσυστήματος.
- Συμπεριφορές συσχετιζόμενες με τη διαθεσιμότητα του ασφαλούς νερού και των εγκαταστάσεων υγιεινής και αποχέτευσης, όπως το πλύσιμο των χεριών και η επιμόλυνση της τροφής με μη ασφαλές νερό ή ακάθαρτα χέρια.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών κινδύνων περιλαμβάνονται τέσσερις (4) άξονες δράσης που αφορούν στην Ενίσχυση της Έρευνας - Τεκμηρίωσης – Εκπαίδευσης, την Ενίσχυση της Πληροφόρησης - Ευαισθητοποίησης για την Επίδραση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων στην Υγεία, τα Μέτρα Πρόληψης - Παρέμβασης και Έγκαιρης Διάγνωσης Περιβαλλοντικών Κινδύνων και τη Διαχείριση των Νοσοκομειακών Αποβλήτων

Ο τρίτος άξονας « Μέτρα Πρόληψης - Παρέμβασης και Έγκαιρης Διάγνωσης Περιβαλλοντικών Κινδύνων» αφορά κυρίως στην πρόληψη με δράσεις που έχουν ως στόχο την Επέκταση της Απαγόρευσης Καπνίσματος στους Δημόσιους Χώρους και Βελτίωση της Εποπτείας Εφαρμογής, την Εναρμόνιση των Ευρωπαϊκών Οδηγιών και Συστάσεων και Αναθεώρηση του Θεσμικού Πλαισίου για την Πρόληψη των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία., τη Χημική Ασφάλεια την προστασία της υγείας από τους θορύβους, την Ασφάλεια της Ύδρευσης, την Προστασία της Παιδικής Ηλικίας και της Υγείας των Εργαζομένων.

Αλλά και στο δεύτερο άξονα οι δράσεις 2, 3 και 5 αφορούν στην ενημέρωση και πρόληψη των κινδύνων για την υγεία από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ειδικότερα οι στόχοι της δράσης 2 «Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης» είναι :

«• Η παροχή εκτεταμένης και υπεύθυνης πληροφόρησης στο σύνολο του πληθυσμού για τις πηγές έκθεσης, τις οριακές τιμές και τις επιπτώσεις στην υγεία, που προκαλούνται από τους χημικούς, φυσικούς και βιολογικούς παράγοντες.

• Η ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης, με τη χρήση του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών και με τη δημιουργία βάσης δεδομένων επιστημονικής τεκμηρίωσης και καλών πρακτικών, προσβάσιμης από όλο τον πληθυσμό.

• Η ανάπτυξη συγκεκριμένου προγράμματος δράσεων πληροφόρησης και πρόληψης σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, όπως οι έγκυες γυναίκες και τα παιδιά.»

[31]

Οι στόχοι της δράσης 3: «Αγωγή Υγείας στα Σχολεία» είναι σχεδόν οι ίδιοι που αφορούν στην αγωγή υγείας για την αποφυγή του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών (ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων, που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων, προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών, κλπ).

Τέλος οι στόχοι της δράσης 6 «Μείωση της Έκθεσης στην Ηλιακή (UV) Ακτινοβολία» αφορούν στη μείωση της έκθεσης στην υπεριώδη ηλιακή ακτινοβολία και την προφύλαξη από τον καρκίνο του δέρματος και κυρίως του μελανώματος.

### 3.2. Πρόληψη Νοσημάτων

Τα ειδικά Εθνικά Σχέδια Δράσης που αφορούν στη πρόληψη των σημαντικότερων νοσημάτων είναι αυτά για την πρόληψη του καρκίνου, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των ατυχημάτων, του AIDS και των μεταδοτικών νοσημάτων

#### 3.2.1 Εθνικό Σχέδιο δράσης για τον Καρκίνο

Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., «...στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων θανάτων το 2005, τα 7,6 εκατομμύρια (ή 13%) αφορούσαν στον καρκίνο, αριθμός ο οποίος αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως να είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 1,3 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του στομάχου με σχεδόν 1 εκατομμύριο θανάτους το χρόνο

- Ο καρκίνος του ήπατος με 662.000 θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 665.000 θανάτους το χρόνο
- Ο καρκίνος του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο...».[32]

Ο καρκίνος είναι κυρίως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας έκθεσης του ατόμου σε διάφορους καρκινογόνους παράγοντες, όπως κυρίως η χρήση καπνού (με ποσοστά θανάτων 20-30%) η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή (υπερκατανάλωση ερυθρού κρέατος και υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών) η ιονίζουσα και η υπεριώδης ακτινοβολία, οι καρκινογόνες χημικές ουσίες του αέρα του χώματος κι του ύδατος, αλλά και λοιμώδεις παράγοντες (π.χ. ιός της ηπατίτιδας Β). Έχουν ενοχοποιηθεί ακόμη ως αίτια πρόκλησης καρκινογένεσης η παχυσαρκία και η απουσία φυσικής άσκησης, η κληρονομικότητα αλλά και το κοινωνικο-οικονομική επίπεδο κατάσταση του ατόμου, όπως το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και το εισόδημα και η ηλικία ( οι περισσότεροι τύποι καρκίνου εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα, λόγω της αθροιστικής δράσης της μακροχρόνιας έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο περιλαμβάνονται έξι (6) άξονες δράσης που αφορούν στην Έρευνα, την Πρόληψη, την Έγκαιρη Διάγνωση, την Πιστοποίηση και Αναβάθμιση Υπηρεσιών, τη Διαχείριση και Φροντίδα της Νόσου του Ασθενούς και της Οικογένειάς του και την Εκπαίδευση

Ο δεύτερος και τρίτος άξονας περιλαμβάνουν δράσεις για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Ενδεικτικά οι στόχοι της δράσης 1 «Εθνική Αντικαρκινική Εκστρατεία» του δεύτερου άξονα είναι :

- «•Η δημιουργία κεντρικής επικοινωνιακής στρατηγικής κατά του καρκίνου.
- Η υλοποίηση ετήσιου συντονισμένου και στοχευμένου εθνικού προγράμματος πρόληψης.
- Η παροχή εκτεταμένης και υπεύθυνης πληροφόρησης στο σύνολο του πληθυσμού για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, με ιδιαίτερη έμφαση στους πιο συχνούς τύπους (π.χ., πνεύμονα, μαστού, παχέος εντέρου, τραχήλου μήτρας, προστάτη και δέρματος).
- Η ενεργοποίηση της κοινής γνώμης για ζητήματα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου.
- Η αύξηση των πηγών εσόδων για τη χρηματοδότηση δράσεων που αφορούν στην πρόληψη.
- Η καλύτερη και συντονισμένη αξιοποίηση επικοινωνιακού χώρου και χρόνου.
- Η καλύτερη αξιοποίηση πόρων από την εταιρική κοινωνική ευθύνη» .[32]

Οι στόχοι της δράσης 2 «Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στα σχολεία «Η ζωή έχει χρώμα» είναι

- Η ενημέρωση της ελληνικής οικογένειας για σημαντικούς παράγοντες κινδύνου που βάζουν σε κίνδυνο την υγεία των παιδιών.
- Η εκπαίδευση των νέων για κρίσιμα ζητήματα Δημόσιας Υγείας όπως το κάπνισμα, αλκοόλ, άσκηση, διατροφή.
- Η αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ, διατροφής και σωματικής άσκησης». [32]

Οι στόχοι της δράσης 1 του τρίτου άξονα «Εθνικές Συστάσεις για τη Διενέργεια Προληπτικού - Προσυμπτωματικού Ελέγχου» είναι :

- Η ενθάρρυνση του πληθυσμού να υποβάλλεται σε προληπτικό έλεγχο, βάσει κοινών προτύπων.
- Η ποιοτική διασφάλιση των παρεχόμενων διαγνωστικών προληπτικών εξετάσεων.
- Η κάλυψη των προληπτικών εξετάσεων από τους Ασφαλιστικούς Φορείς.
- Η δημιουργία πρωτοκόλλου διαχείρισης ασθενών.
- Η διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης του συνόλου για προληπτικό έλεγχο.
- Η μείωση της ταλαιπωρίας των ασθενών.
- Η μείωση του κόστους λόγω των επαναληπτικών μη προγραμματισμένων εξετάσεων.

Τέλος οι στόχοι της δράσης 3 «Δημιουργία Κέντρων Έγκαιρης Διάγνωσης» είναι :

- Ενημέρωση, πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του πληθυσμού για τη σπουδαιότητα του προληπτικού ελέγχου.
- Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων screening.
- Η ενθάρρυνση των ατόμων για τακτικό επανέλεγχο ανάλογα με τις προδιαγραφές του προγράμματος.
- Βελτίωση του ποσοστού διάγνωσης στα αρχικά στάδια της νόσου. .[32]

### 3.2.2 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κλπ) αποτελούν σήμερα μεγάλο ιατρικό, αλλά και κοινωνικό πρόβλημα, δεδομένου ότι κατέχουν την πρώτη θέση των αιτίων θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών τόσο στην Ευρώπη, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Παρόλο ότι μέχρι σήμερα θεωρούνταν ως η σύγχρονη επιδημία των αναπτυγμένων βιομηχανικά δυτικών κοινωνιών, αποδείχθηκε ότι έχουν αρχίσει να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα και για τις αναπτυσσόμενες κοινωνίες. Ο ΠΟΥ έχει χαρακτηρίσει τα καρδιαγγειακά νοσήματα ως «υποτιμημένη παγκόσμια απειλή» επειδή το 85% του καρδιαγγειακού νοσολογικού φορτίου παγκοσμίως, προέρχεται από κράτη χαμηλού και μέσου οικονομικού μεγέθους

Ως κυριότεροι παράγοντες κινδύνου πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων θεωρούνται η αστικοποίηση και η υιοθέτηση συγκεκριμένου «αστικού» τρόπου ζωής και νοσογόνων συνηθειών όπως το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η παχυσαρκία, η «δυτικού τύπου» διατροφή, αλλά και άλλες παθολογικές διαταραχές όπως η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, κλπ.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνονται πέντε (5) άξονες δράσης που αφορούν στην πρωτογενή πρόληψη και τον έλεγχο και περιορισμό των παραγόντων κινδύνου, στη δευτερογενή πρόληψη (Προσυμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος παθολογικών παραγόντων κινδύνου) στην αναβάθμιση της ποιότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών, στη διατομεακή συνεργασία και την έρευνα.

Οι δράσεις του πρώτου άξονα που αναφέρεται στην πρωτογενή πρόληψη και τον έλεγχο και Περιορισμό των Παραγόντων Κινδύνου είναι επτά και αφορούν στην:

- Στην υγιεινή διατροφή και την πρόληψη της παχυσαρκίας.
- Στην αποφυγή ή τον περιορισμό του καπνίσματος.
- Στον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ.
- την ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας σε Παιδιά και Νέους.
- Στην ανάπτυξη Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας στους Εργασιακούς Χώρους.
- Στην εκστρατεία Πληροφόρησης και Αγωγής Υγείας του Γενικού Πληθυσμού, και
- Στην εκστρατεία Ενημέρωσης για την Προαγωγή της Σωματικής Δραστηριότητας.

Οι στόχοι της δράσης 4 «Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας σε Παιδιά και Νέους» είναι:

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των παιδιάτρων στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων στα παιδιά.
- Ενημέρωση βρεφονηπιοκόμων, νηπιαγωγών για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας.
- Ενημέρωση των γονέων για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Ενημέρωση της σχολικής κοινότητας για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Εκπαίδευση των παιδιών σχολικής ηλικίας και των εφήβων στην υγιεινή διατροφή.
- Αύξηση της σωματικής άσκησης των παιδιών και των νέων.
- Μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού από τους νέους.» [33]

Αντίστοιχα οι στόχοι της δράσης 6 «Εκστρατεία Πληροφόρησης και Αγωγής Υγείας του Γενικού Πληθυσμού» αφορούν στην ενημέρωση του συνόλου του πληθυσμού της χώρας για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και τη μείωση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στον πληθυσμό της χώρας.

Τέλος οι στόχοι της δράσης 1 «Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Διάγνωση και τον Έλεγχο της Υπέρτασης» του δεύτερου άξονα που σχετίζεται με την δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η πρόωμη ανίχνευση και ο έλεγχος της αρτηριακής υπέρτασης της αρτηριακής υπέρτασης, ενώ στο ίδιο πλαίσιο εντάσσονται και οι δράσεις 2 και 3 που αφορούν στο Σακχαρώδη Διαβήτη και την Υπερχοληστεριναιμία.

### 3.2.3 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα

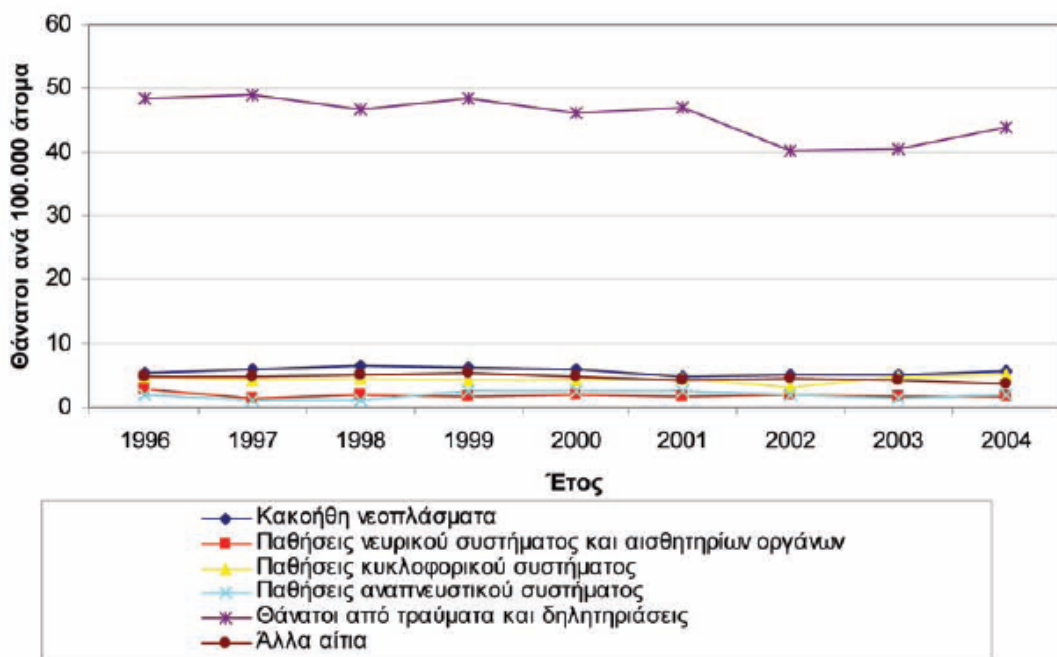
Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά και νέους (διάγραμμα 3.1.) και την τρίτη αιτία σε όλες τις ηλικίες μετά τα καρδιαγγειακά και τα κακοήθη νοσήματα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), εξαιτίας των ατυχημάτων πεθαίνουν κάθε χρόνο 200.000 άνθρωποι και περίπου 100 παιδιά έως 14 ετών κάθε εβδομάδα.

Ανάλογα με τον αιτιολογικό μηχανισμό, τα θανατηφόρα ατυχήματα ταξινομούνται με βάση την εξωτερική τους αιτία, στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Τροχαία και συμβάντα σε άλλα μέσα μεταφοράς.
2. Πτώσεις.
3. Δηλητηριάσεις.
4. Εγκαύματα.
5. Πνιγμοί
6. Κακώσεις από μηχανήματα και αιχμηρά αντικείμενα.
7. Κακώσεις από όπλα.
8. Δηλητηριάσεις από φάρμακα.
9. Εργατικά ατυχήματα.

Η πρόληψη των ατυχημάτων είναι εφικτή σε μεγάλο βαθμό, και χώρες που έχουν εφαρμόσει ανάλογα σχέδια δράσης σε εθνικό επίπεδο έχουν καταγράψει σημαντική μείωση των θανάτων και των τραυματισμών.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ατυχήματα περιλαμβάνονται πέντε (5) άξονες δράσης που αφορούν στη Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση και Έρευνα, στην Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις, στη Διαχείριση του Τραυματία, την Εκπαίδευση και Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία



Διάγραμμα 3.1. Εξέλιξη της προτυπώμενης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 15-29 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα

Πηγή : Τούντας 2009

Οι στόχοι της δράσης 1 «Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης » του δεύτερου άξονα που αφορά στην πρόληψη τα μέτρα και τις παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ατυχημάτων είναι [34]:

- Η ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των πολιτών.
- Η καταπολέμηση της άγνοιας και της ημι- ή παραπληροφόρησης.
- Η διαμόρφωση εκπαιδευμένων ομάδων προώθησης-προαγωγής υγείας, σε συνεργασία με καταναλωτικές οργανώσεις.
- Η πραγματική μετρήσιμη βελτίωση των δεικτών συχνότητας και βαρύτητας των ατυχημάτων στη χώρα, και
- Η ενεργοποίηση της κοινωνίας στο σύνολό της, στην προσπάθεια για τη μείωση και την πρόληψη των ατυχημάτων.

Οι στόχοι της δράσης 2 «Αλκοόλ και Οδήγηση - Φάρμακα και Οδήγηση» είναι η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται στην αλόγιστη χρήση αλκοόλ και η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται στην επίδραση φαρμάκων κατά την οδήγηση.

Τέλος οι στόχοι της δράσης 5 «Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση» είναι :

- Η κινητοποίηση των νέων πολιτών ήδη από την προσχολική/πρώτη σχολική ηλικία.
- Η δια βίου εκπαίδευση/επανακατάρτιση.
- Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών και άλλων διαμορφωτών άποψης.
- Η αξιοποίηση κινήματος εθελοντισμού και πρωτοβουλιών πολιτών.

#### 3.2.4 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS

Σύμφωνα με στοιχεία του 2007 το AIDS από το 1981 που διαπιστώθηκε η ύπαρξή του είναι υπεύθυνο για 25 εκατομμύρια θανάτους, το 2006 κόστισε τη ζωή περισσότερων από τρία εκατομμύρια (3.000.000) ανθρώπων. Ο συνολικός αριθμός των οροθετικών ατόμων παγκοσμίως έχει ξεπεράσει τα σαράντα εκατομμύρια (40.000.000) με την Υποσαχάριο Αφρική να κατέχει τη θλιβερή πρωτιά, δεδομένου ότι εκεί κατοικούν τα 2/3 των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS.

Στη χώρα μας μέχρι την 31-10-2007 είχαν δηλωθεί 8.584 περιστατικά οροθετικών ατόμων, συμπεριλαμβανομένων 2.829 περιπτώσεων AIDS, από τους οποίους οι θάνατοι ασθενών με AIDS ανέρχονται στους 1.552. Για το έτος 2007 (τελευταίο έτος για το οποίο



υπάρχουν τελικά στοιχεία) αναφέρθηκαν 420 νέα περιστατικά HIV, 48 νέες περιπτώσεις AIDS και 30 θάνατοι. Συνολικά από τα 8.584 περιστατικά HIV, τα 6.876 ήταν άνδρες σε ποσοστό 80,1%, οι γυναίκες ήταν 1.660 (19,3%), ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν έχει καταγραφεί. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του ιού. [35]

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το AIDS περιλαμβάνονται τέσσερις (4) άξονες δράσης που αφορούν στην Πρόληψη, την Έρευνα και την Εκπαίδευση, την Παρακολούθηση/ Θεραπεία της Διάκρισης και τη Μάχη Κατά του Ρατσισμού και της Διάκρισης

Οι στόχοι της δράσης 1 «Πρόληψη στο Γενικό Πληθυσμό» του πρώτου άξονα που αφορά στην πρόληψη είναι οι εξής: . [35]

- Βελτίωση του επιπέδου επαγρύπνησης και συμπεριφορών που ευνοούν την πρόληψη.
- Προώθηση της χρήσης προφυλακτικών.
- Αγωγή Υγείας σχετικά με τα μέτρα πρόληψης κατά τις σεξουαλικές επαφές.
- Υποστήριξη αποτελεσματικού συνδυασμού προστασίας/ελέγχου.
- Διευκόλυνση της αποδοχής της πληροφορίας.
- Στήριξη συμπεριφορών ενάντια στο ρατσισμό και στη διάκριση.
- Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
- Έγκυρη πληροφόρηση.
- Υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς.
- Έγκαιρη ανίχνευση του ιού HIV.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- Μείωση κοινωνικού στίγματος.

Οι στόχοι της δράσης 4 «Πρόληψη στους Νέους Ηλικίας 15 - 24 Ετών» αφορούν στην αναγνώριση του κινδύνου της HIV λοίμωξης, στη συστηματική χρήση προφυλακτικού, την ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης σεξουαλικότητας, την έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, την έγκαιρη ανίχνευση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του HIV/AIDS στους νέους, τη γνώση των τρόπων μετάδοσης/πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του HIV/AIDS και την υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών συμπεριφορών.

3.2.5 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων

Διαχρονικά η ανθρωπότητα έχει πληρώσει βαρύ φόρο με εκατομμύρια θανάτους εξαιτίας των λοιμωδών (ή μεταδοτικών) νοσημάτων, τόσο κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα (περίοδος της πείνας και της μάστιγας των λοιμωδών νοσημάτων) όσο και την «περίοδο της επανεμφάνισης των επιδημιών» λόγω λοιμωδών νοσημάτων (τον 18<sup>ο</sup> αιώνα έως τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα). Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στις ευρωπαϊκές χώρες και γενικότερα στις προηγμένες βιομηχανικά χώρες του δυτικού κόσμου, τα εκτεταμένα προγράμματα εμβολιασμού και η εφαρμογή πολλών και διαφορετικών προληπτικών μέτρων και κυρίως η ανακάλυψη και ευρύτατη χρήση των αντιβιοτικών είχαν σαν αποτέλεσμα την σε σημαντικό βαθμό καταπολέμηση των μεταδοτικών νοσημάτων και την ανάλογη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας και νοσηρότητας που οφείλεται σε αυτά τα νοσήματα.

Τα λοιμώδη όμως νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν απειλή για τη Δημόσια Υγεία. Την υπέρμετρη, όπως αποδείχθηκε, αισιοδοξία του υγειονομικού χώρου στις αρχές της δεκαετίας του '70 ότι τα λοιμώδη νοσήματα έχουν εξαφανιστεί ή τείνουν προς εξαφάνιση την αντικατέστησε ο «τρόμος» της εμφάνισης του AIDS αρχικά αλλά και άλλων στη συνέχεια μεταδοτικών νοσημάτων (SARS, γρίπη των πουλερικών κλπ). Είναι πλέον βέβαιο ότι τα λοιμώδη νοσήματα δεν πρόκειται να εκλείψουν. Η παγκοσμιοποίηση και ο τρόπος οργάνωσης των σύγχρονων κοινωνιών (αστυφιλία, μετακινήσεις πληθυσμών, βιομηχανοποίηση κ.ά.) έχουν δημιουργήσει νέα δεδομένα στην επιδημιολογία των λοιμωδών νοσημάτων, για τα οποία πλέον θεωρείται ότι δεν έχουν σύνορα. Καθημερινά νέα λοιμώδη νοσήματα εμφανίζονται, ενώ λόγω των δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών σε αρκετές περιοχές του πλανήτη αναδύονται ξανά και επανεμφανίζονται παλαιές μορφές λοιμωδών νοσημάτων που θεωρητικά είχαν εκλείψει, όπως π.χ. η φυματίωση.

Τα λοιμώδη νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο και όχι μόνο στις αναπτυσσόμενες αλλά και στις αναπτυγμένες χώρες και απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση και επιτήρηση των μεταδοτικών νοσημάτων. Και τούτο διότι στην εποχή μας, λόγω της παγκοσμιοποίησης της κατάργησης των αποστάσεων και της εύκολης μετακίνησης μεγάλων ομάδων πληθυσμού στις διάφορες περιοχές του πλανήτη μας η εμφάνιση κρουσμάτων ενός μεταδοτικού νοσήματος μπορεί να μεταβληθεί σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα σε παγκόσμια απειλή για τη δημόσια υγεία. Βρισκόμαστε πλέον στην τέταρτη

περίοδο μετάβασης εξαιτίας της επανεμφάνισης παλαιών και της εμφάνισης νέων λοιμωδών νόσων σε συνδυασμό με την κυριαρχία των χρόνιων και μη μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Στα μέτρα που έχουν καθιερωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων περιλαμβάνονται

1. Η υποχρεωτική δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων
2. Η επιδημιολογική επιτήρηση.
3. Ο εμβολιασμός του πληθυσμού.
4. Ο έλεγχος και περιορισμός των υποδοχών .
5. Ο περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων και .
6. Η ειδική πολιτική για την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής.

Σημαντικός είναι για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος συντονίζει μια σειρά διεθνών προσπαθειών και πρωτοβουλιών στο πεδίο της αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων σε τέσσερις τομείς και ιδιαίτερα στους τομείς της επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο, της παραγωγής εμβολίων, της αντιμετώπισης των επιδημιών και της κατάρτισης του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού.

Εξ ίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) το οποίο λειτουργεί από το Μάιο του 2005 με σκοπό την ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών της Ευρώπης ενάντια στις λοιμώξεις. Η κύρια αποστολή του είναι ο εντοπισμός, η αξιολόγηση και η ενημέρωση των εθνικών φορέων προστασίας της υγείας σχετικά με τις απειλές που θέτουν οι λοιμώξεις για την ανθρώπινη υγεία και η δημιουργία συστημάτων επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης (συναγερμού) όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα σε όλη την Ευρώπη. Σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες σε όλη την Ευρώπη, το ECDC συγκεντρώνει γνώσεις για την υγεία στην Ευρώπη, έτσι ώστε να εκπονεί επιστημονικές γνωμοδοτήσεις και συστάσεις σχετικά με τους κινδύνους από ήδη υπάρχουσες και αναδυόμενες λοιμώδεις νόσους και συμβάλλει στην ενημέρωση και στην κοινοποίηση πληροφοριών στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με τις λοιμώδεις νόσους μέσω του συστήματος παρακολούθησης που διαθέτει, των δημοσιεύσεών του και της συνεργασίας του με υγειονομικές αρχές απ' όλη την Ευρώπη [36].

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων περιλαμβάνονται δύο (2) άξονες δράσης που αφορούν στην Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών και σε Μέτρα και Προγράμματα .

Οι δράσεις του πρώτου άξονα έχουν σαν στόχο την αναδιοργάνωση και την ενίσχυση των υπάρχουσών υποδομών, δράσεων και προγραμμάτων, όπως:

- Η ενίσχυση των Υπηρεσιών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) και η αναβάθμιση των Υπηρεσιών των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (αναφορικά με την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων)
- Η αναδιοργάνωση των Κέντρων Αναφοράς και του Δικτύου Μικροβιολογικών Εργαστηρίων και η ανασυγκρότηση και ενίσχυση της λειτουργίας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) και η ενεργοποίηση των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.).
- Η δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και των Προσφύγων .
- Η ενίσχυση του του Γραφείου για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και του Γραφείου για τη Φυματίωση στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
- Η αναδιοργάνωση και ενίσχυση των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη και στη θεραπεία της φυματίωσης

Οι δράσεις του δεύτερου άξονα έχουν σαν στόχο τη λήψη μέτρων και την υλοποίηση προγραμμάτων με στόχο :

- Την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας στους χώρους υποδοχής μεταναστών
- Στη θέσπιση κριτηρίων επιλογής για την εισαγωγή ενός νέου εμβολίου
- Στην εκπόνηση μελετών κόστους - ωφέλειας .
- Στη δημιουργία Εθνικού Αρχείου Εμβολιασμών
- Στη σύσταση Δικτύου Επιτήρησης Παρενεργειών από τα εμβόλια
- Στην εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών
- Στην εμβολιαστική κάλυψη επαγγελματιών υψηλού κινδύνου
- Στην εμβολιαστική κάλυψη ευπαθών ομάδων λόγω ηλικίας ή γενικής κατάστασης υγείας
- Στην εμβολιαστική κάλυψη μειονοτικών ομάδων, τσιγγάνων και μεταναστών

Όλα τα παραπάνω αποτελούν μέτρα και δράσεις που θα μπορούσε να υιοθετήσει κάθε χώρα στο πλαίσιο της προσπάθειας αντιμετώπισης των μεταδοτικών νοσημάτων. Ιδιαίτερη σημασία έχω για τη δημόσια υγεία στη χώρα μας, λόγω του έντονου μεταναστευτικού κινήματος και κυρίως της «παράνομης» μετανάστευσης, η δράση 5 του πρώτου άξονα που αφορά στη δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και των Προσφύγων και η δράση 9 του δεύτερου άξονα που αφορά στην εμβολιαστική κάλυψη μειονοτικών ομάδων, τσιγγάνων και μεταναστών. Ειδικότερα

Οι στόχοι της δράσης 5 του πρώτου άξονα είναι:

«• Διάγνωση και καταγραφή περιστατικών μεταδοτικών νοσημάτων.

- Παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας για τη διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση οξέων συμβαμάτων υγείας.
- Διασυνοριακή συνεργασία με υπηρεσίες άλλων χωρών, με σκοπό την αναγνώριση σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων.
- Καταγραφή των μεταδοτικών νοσημάτων σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων.
- Συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες.
- Βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των μεταναστών, μέσω της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- Σημαντική μείωση των περιστατικών μεταδοτικών νοσημάτων που παρατηρούνται στη χώρα μας.
- Σημαντικός περιορισμός πιθανοτήτων εκδήλωσης μιας πιθανής επιδημίας και δυνητική αποτροπή της.
- Ενημέρωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το HIV/AIDS σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων». [37]

Αντίστοιχη σημασία έχει και ο στόχος της δράσης 9 του δεύτερου άξονα που αφορά στην αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης των μειονοτικών ομάδων, τσιγγάνων και μεταναστών, λόγω των δυσκολιών στην προσέγγισή τους ώστε να αναδειχθούν οι ανάγκες και να χαραχθεί πολιτική εμβολιασμού εστιασμένη στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

## 4. ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

### 4.1 Η έρευνα

#### 4.1.1. Σκοπός, σημασία και χρησιμότητα της έρευνας.

Η πρόληψη σώζει ζωές. Η ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της πρόληψης, καθώς η ενημέρωση αποτελεί το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για την υιοθέτηση ενός υγιεινότερου τρόπου συμπεριφοράς.

Στόχος της έρευνας ήταν να μάθουμε κατά πόσο είναι ή θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος ο πολίτης για την πρόληψη, για τους παράγοντες κινδύνου, για τον προληπτικό έλεγχο, τη σωστή διατροφή, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, και από ποιές πηγές ενημερώνεται, προκειμένου να διαπιστώσουμε που υπάρχουν κενά και να διατυπώσουμε προτάσεις για το ποια μέσα είναι τα πιο κατάλληλα για τη σωστή ενημέρωση και πρόληψη.

#### 4.1.2. Το εργαλείο της έρευνας - Η δομή του ερωτηματολογίου.

Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο (παρατίθεται στο Παράρτημα) που διαμορφώθηκε από την ερευνήτρια, στη σύνταξη του οποίου συνέβαλλαν και η κ. Γιώτη Μαρία, Διευθύντρια Παθολογικού Τμήματος και ο κ. Ψαράς Γαβριήλ, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Κυθήρων.

Στη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου δόθηκε προσοχή στις εξής παραμέτρους: Να είναι σύντομο, να είναι απλό για να είναι δηλαδή κατανοητό από τον ερωτώμενο πολίτη, συγκεκριμένο, ώστε να μην υπάρχουν ασάφειες και σύγχυση και δομημένο έτσι, ώστε να είναι εύκολη η συμπλήρωση του.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε είκοσι δύο (22) ερωτήσεις και ειδικότερα τρεις (3) ερωτήσεις ανοικτού τύπου και δεκαεννέα (19) ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε τρεις ενότητες.

**Ενότητα Α:** Περιλαμβάνει τρεις (3) ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση και εισόδημα.

**Ενότητα Β:** Περιλαμβάνει δεκαεπτά (17) ερωτήσεις σχετικά με το βαθμό ενημέρωσης των ερωτηθέντων για την πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου.

**Ενότητα Γ:** Περιλαμβάνει πέντε (5) σχετικά με την αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας.

*4.1.3. Το δείγμα της έρευνας και η Μέθοδος διανομής και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.*

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε αποτέλεσαν 80 επισκέπτες των παθολογικών τμημάτων των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου Κυθήρων και του Γ. Ν. «Άγιος Ανδρέας» της Πάτρας Συμπληρώθηκαν 21 και 59 ερωτηματολόγια αντίστοιχα στο χρονικό διάστημα από 1 Μαρτίου έως 9 Απριλίου 2011 στην Πάτρα και από 10 Απριλίου έως 20 Απριλίου στα Κύθηρα. Στις ερωτήσεις ανοικτού τύπου, αφού συγκεντρώθηκαν όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν, έγινε η κωδικοποίηση, ώστε να γίνει σωστή επεξεργασία των δεδομένων. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 17.0.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- τη συναίνεση των ερωτωμένων για συμμετοχή στην έρευνα μετά από ενημέρωσή τους για το σκοπό της έρευνας.
- την ικανότητα επικοινωνίας και δυνατότητας απάντησης στις ερωτήσεις

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, αφού είχε προηγηθεί ενημέρωση των ερωτώμενων σχετικά με το σκοπό της έρευνας και συνοπτική περιγραφή της δομής του ερωτηματολογίου, καθώς και είχε παρασχεθεί η διαβεβαίωση για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Επελέγη η προσωπική συνέντευξη προκειμένου να διασφαλιστεί η απόλυτη κατανόηση των ερωτήσεων, δεδομένου ότι υπήρχε η δυνατότητα υποβολής εκ μέρους των ερωτωμένων διευκρινιστικών ερωτήσεων να αποφευχθούν αμφιλεγόμενες

απαντήσεις, λόγω άμεσης επίλυσης τυχόν ασαφειών των ερωτήσεων και οι απαντήσεις να είναι περισσότερο ακριβείς. Παράλληλα δόθηκε η δυνατότητα χρησιμοποίησης «μεγάλου» ερωτηματολογίου, με πολλές ερωτήσεις.

#### 4.2 Αποτελέσματα - Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφονται σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που έχει ήδη αναφερθεί, σε τρεις ενότητες, α) δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, β) βαθμός ενημέρωσης των ερωτηθέντων για την πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου και γ) αναγκαιότητα, κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων, σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας.

##### 4.2.1. Ενότητα Α: Δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων

Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν συνολικά ογδόντα (80) άτομα εκ των οποίων, όπως καταγράφεται στον πίνακα 4.1, τα σαράντα οκτώ (48) ήταν γυναίκες (60%) 34 στην Πάτρα και 14 στα Κύθηρα και τα τριάντα δύο (32) άντρες (40%) 25 στην Πάτρα και 7 στα Κύθηρα .

Το 50% των ερωτηθέντων ήταν νέοι ηλικίας 18-30 ετών από αυτούς ήταν άντρες 14 και γυναίκες 26, το 40% ηλικίας 31-42 ετών 14 άντρες και 18 γυναίκες ,το 7,5 % ήταν ηλικίας 43-55 ετών 4 άντρες και 2 γυναίκες και το 2,5% ήταν ηλικίας 56-67 ετών και οι δύο ήταν γυναίκες.(πίνακας 4.2) (διάγραμμα 4.1).

Πίνακας 4.1. Φύλο των ερωτηθέντων

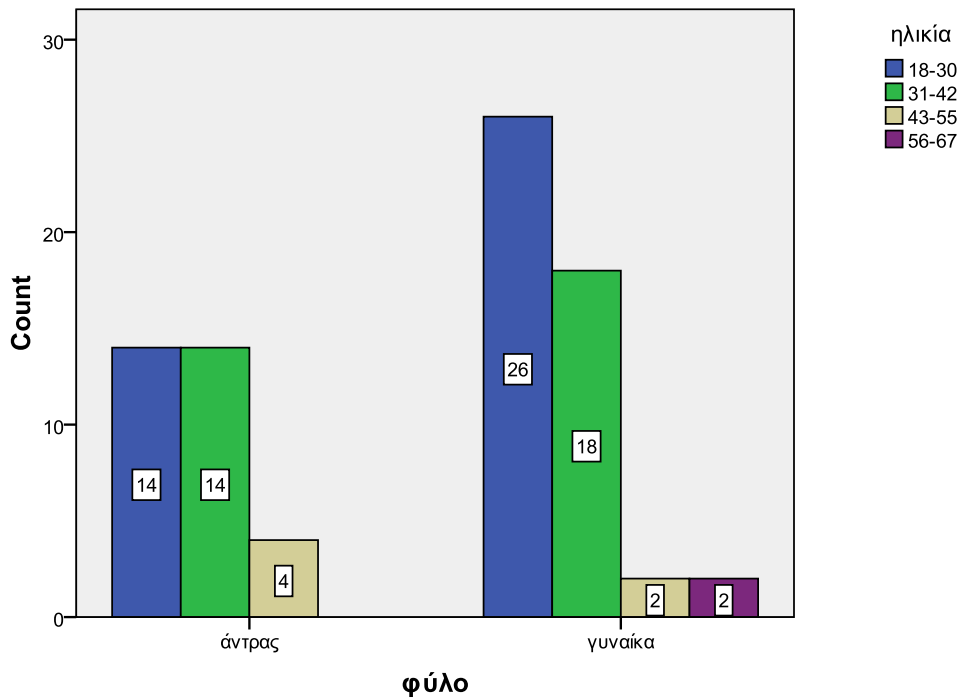
	Frequency	Πάτρα	Κύθηρα	Percent
Valid				
άντρας	32	25	7	40,0
γυναίκα	48	34	14	60,0
Total	80	59	21	100,0



Πίνακας 4.2. Ηλικία των ερωτηθέντων

		Frequency	Πάτρα	Κύθηρα	Percent
Valid	18-30	40	34	6	50,0
	31-42	32	20	12	40,0
	43-55	6	3	3	7,5
	56-67	2	2	0	2,5
	Total	80	59	21	100,0

Bar Chart



Διάγραμμα 4.1 Σχέση φύλου-ηλικίας

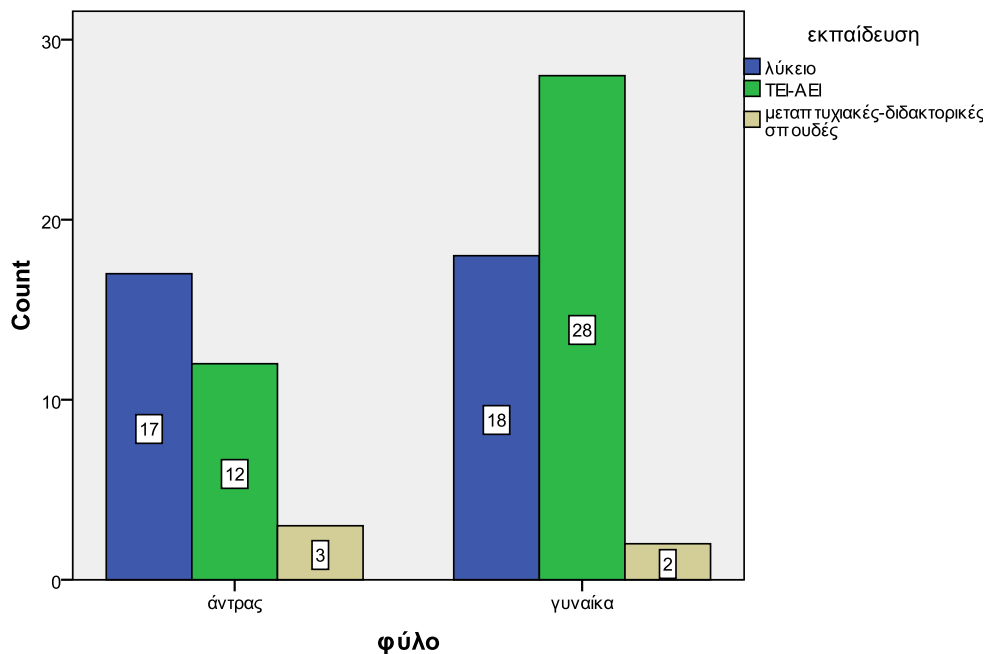
Το 50 % των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ 12 άντρες και 28 γυναίκες , το 43,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου 17 άντρες και 18 γυναίκες και το 6,3%

ήταν απόφοιτοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού 3 άντρες και 2 γυναίκες (πίνακας 4.3)(διάγραμμα 4.2)

Πίνακας 4.3 .Εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων

		Frequency	Πάτρα	Κύθηρα	Percent
Valid	Απόφοιτοι Λυκείου	35	26	9	43,8
	Απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ	40	28	12	50,0
	Μεταπτυχιακές-διδακτορικές σπουδές	5	5	0	6,3
	Total	80	59	21	100,0

Bar Chart



Διάγραμμα 4.2 Σχέση φύλου-εκπαίδευσης

Το 85% δήλωσε ότι έχει μηνιαίο εισόδημα 501-100 ευρώ 27 άντρες και 41 γυναίκες και το 6,3% 0-500 ευρώ ένας άντρας και 4 γυναίκες. Μόνο το 8,8 % των

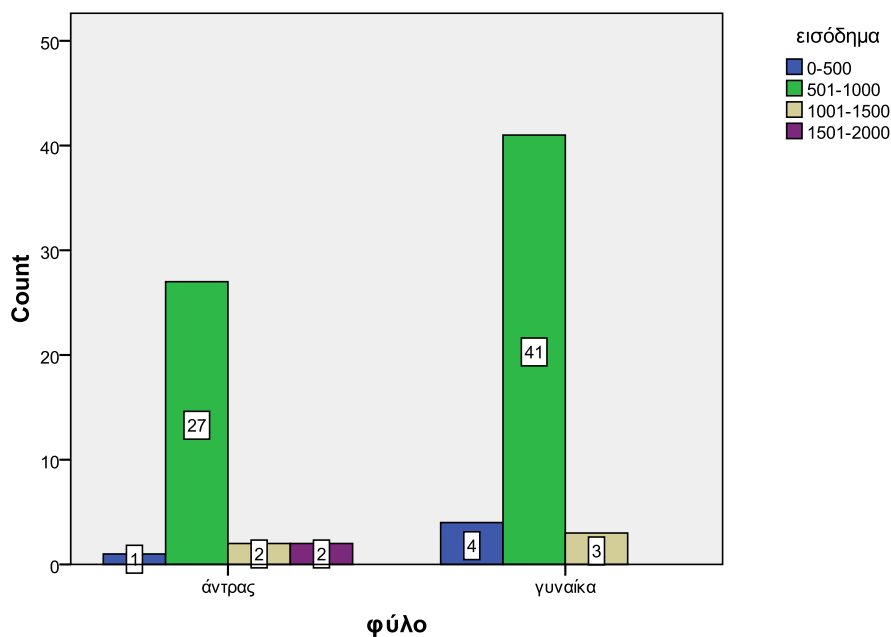
Τέταρτο κεφάλαιο Έρευνα σχετικά με την ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη

ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ και ειδικότερα το 6,3% δήλωσε ότι έχει μηνιαίο εισόδημα 1001-1500 ευρώ δύο άντρες και τρεις γυναίκες και το 2,5% δήλωσε ότι έχει μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο των 1500 ευρώ και οι δύο ήταν άντρες. (πίνακας 4.4, διάγραμμα 4.3)

Πίνακας 4.4. Δηλωθέν εισόδημα των ερωτηθέντων

		Frequency	Πάτρα	Κύθηρα	Percent
Valid	0-500	5	0	5	6,3
	501-1000	68	55	13	85,0
	1001-1500	5	4	1	6,3
	1501-	2	0	2	2,5
	2001 και άνω	0	0	0	0,0
Total		80	59	21	100,0

Bar Chart



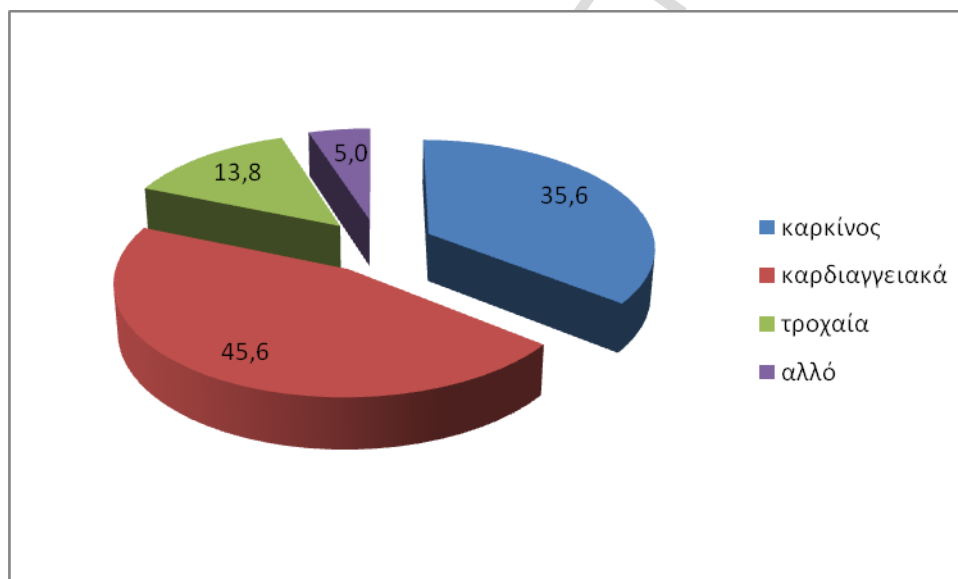
Διάγραμμα 4.3 Σχέση φύλου –εισοδήματος

4.2.1. Ενότητα Β: Βαθμός ενημέρωσης για την πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου

**Ερώτηση 1<sup>η</sup> : Ποιες είναι οι δύο κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα ;**

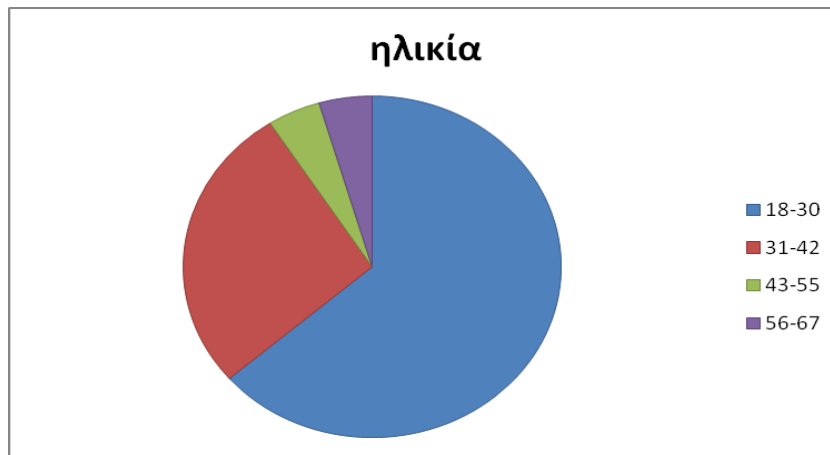
Στην 1<sup>η</sup> ερώτηση ποιες είναι οι δυο κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα δόθηκαν διάφορες απαντήσεις, όπως «καρδιά», εγκεφαλικό, καρκίνος του πνεύμονα, καρκίνοι γενικά, τροχαία ατυχήματα, ανακοπές, έμφραγμα, υπέρταση, λοιμώξεις κα., που κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, τροχαία ατυχήματα, άλλο νόσημα.

Τον καρκίνο απάντησαν σχεδόν όλοι (45,6% )ως πρώτη κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα, ακολουθούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (35,6%) και κατόπιν τα τροχαία ατυχήματα (13,8 %) και άλλο νόσημα με ποσοστό 5% (διάγραμμα 4.4).



Διάγραμμα 4.4 Κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα

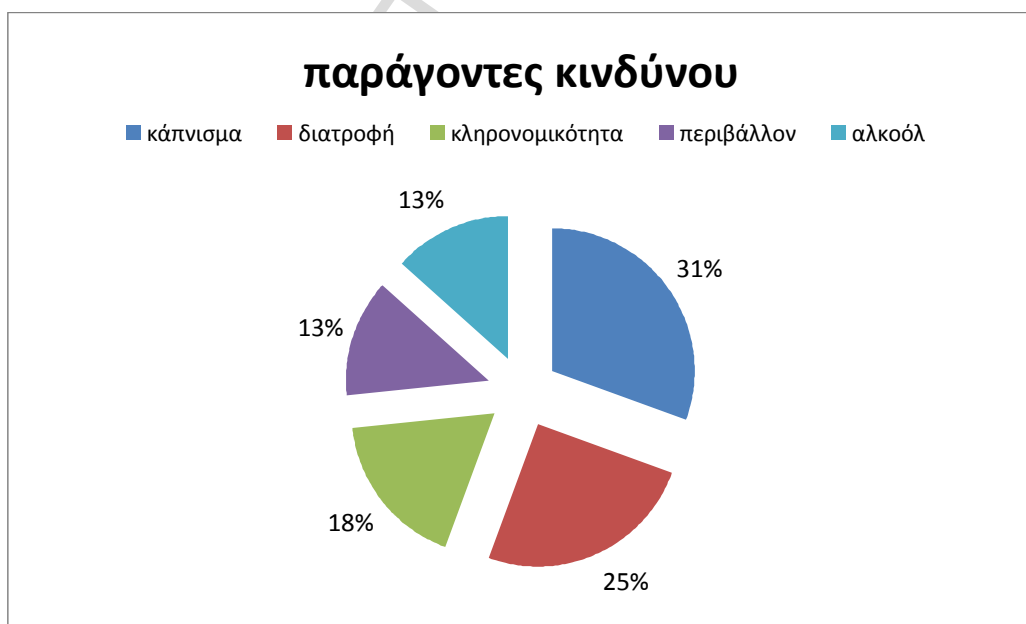
Από αυτούς που απάντησαν τροχαία ατυχήματα σαν πρώτη κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα η συντριπτική πλειοψηφία (63%) είναι κάτω των 30 ετών (διάγραμμα 4.5)



Διάγραμμα 4.5 Ηλικίες ερωτηθέντων που απάντησαν τροχαία ατυχήματα

**Ερώτηση 2<sup>η</sup> : Αναφέρετε 3 παράγοντες κινδύνου που κατά την γνώμη σας σχετίζονται με τα νοσήματα που προαναφέρατε.**

Στη 2<sup>η</sup> ερώτηση «αναφέρετε τρεις παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τα νοσήματα που προαναφέρθηκαν δόθηκαν οι απαντήσεις κάπνισμα, διατροφή, κληρονομικότητα, περιβάλλον και αλκοόλ. Ως πρώτος παράγοντας κινδύνου αναφέρθηκε το κάπνισμα με ποσοστό 31% ως δεύτερος η διατροφή με ποσοστό 25% και ως τρίτος η κληρονομικότητα με ποσοστό 18%, ως τέταρτος παράγοντας το περιβάλλον με ποσοστό 13% και το αλκοόλ με ίδιο ποσοστό 13%. (διάγραμμα 4.6)



Διάγραμμα 4.6 Παράγοντες Κινδύνου

Πίνακας 4.5 Πρώτος παράγοντας κινδύνου

		Frequency	Percent
Valid	διατροφή	35	43,8
	κάπνισμα	25	31,3
	αλκοόλ	8	10,0
	περιβάλλον	3	3,8
	κληρονομικότητα	9	11,3
	Total	80	100,0

Πίνακας 4.6 . Δεύτερος παράγοντας κινδύνου

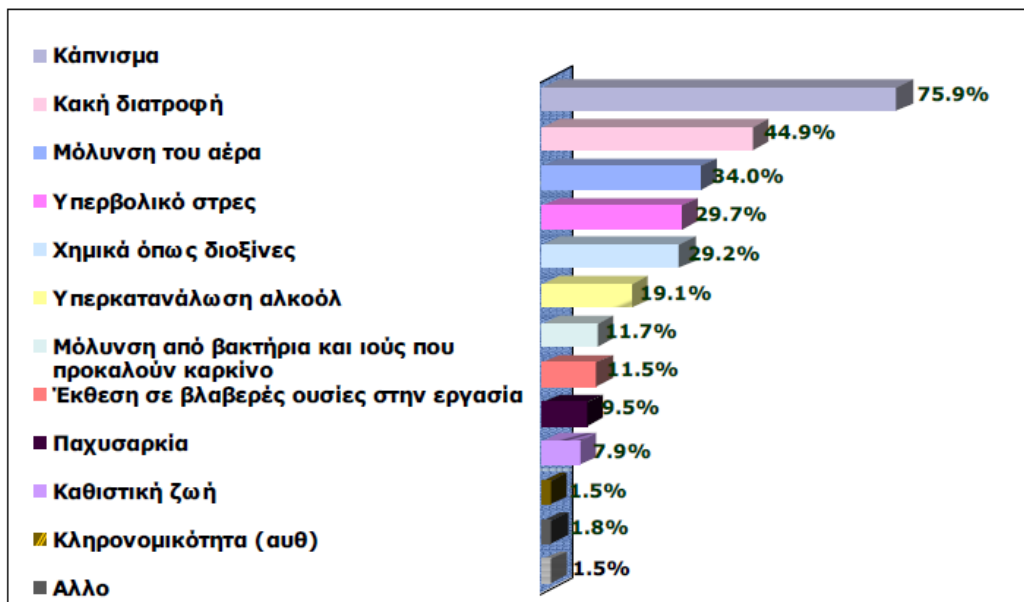
		Frequency	Percent
Valid	διατροφή	16	20,0
	κάπνισμα	35	43,8
	αλκοόλ	12	15,0
	περιβάλλον	9	11,3
	κληρονομικότητα	8	10,0
	Total	80	100,0

Πίνακας 4.7 . Τρίτος παράγοντας κινδύνου

		Frequency	Percent
Valid	διατροφή	8	10,0
	κάπνισμα	14	17,5
	αλκοόλ	12	15,0
	περιβάλλον	20	25,0
	κληρονομικότητα	25	31,3
	Total	79	98,8
Missig	System	1	1,3
	Total	80	100,0

Σε αντίστοιχη ερώτηση στην Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II <sup>1</sup> παρατηρούμε ότι το κάπνισμα και η κακή διατροφή θεωρούνται υπεύθυνοι για την εμφάνιση καρκίνου, και η κληρονομικότητα καταλαμβάνει την προτελευταία θέση στην ιεράρχηση των παραγόντων κινδύνου (εικόνα 4.1) ενώ στη δική μας την τρίτη.

**Ιεράρχηση παραγόντων κινδύνου για καρκίνο** (Ερ.: «Με βάση όσα γνωρίζετε, ποιους από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου θεωρείτε τους τρεις πιο σημαντικούς στην εμφάνιση του καρκίνου;»).



Εικόνα 4.1 . Ιεράρχηση παραγόντων κινδύνου

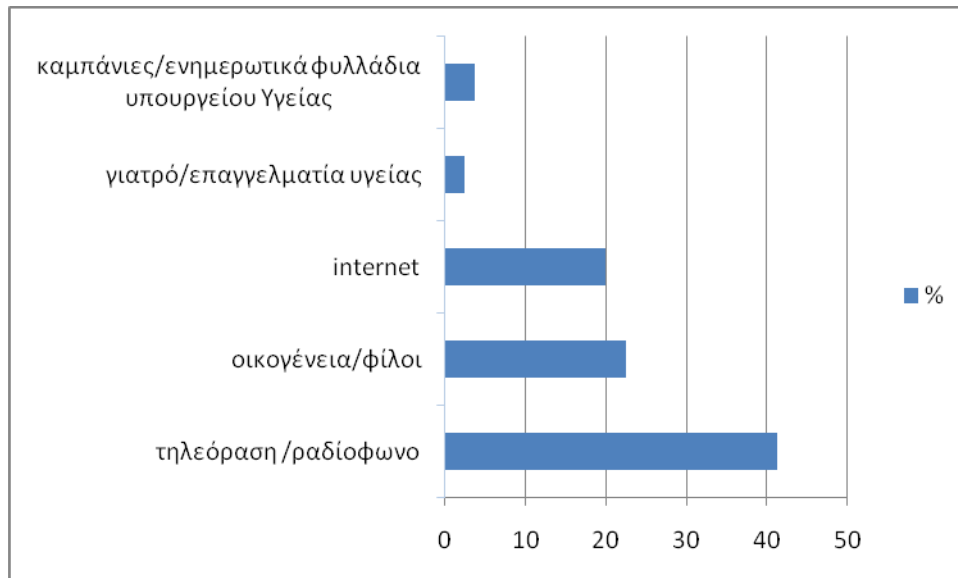
Πηγή : Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II

**Ερώτηση 3<sup>η</sup> : Από που έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου ;**

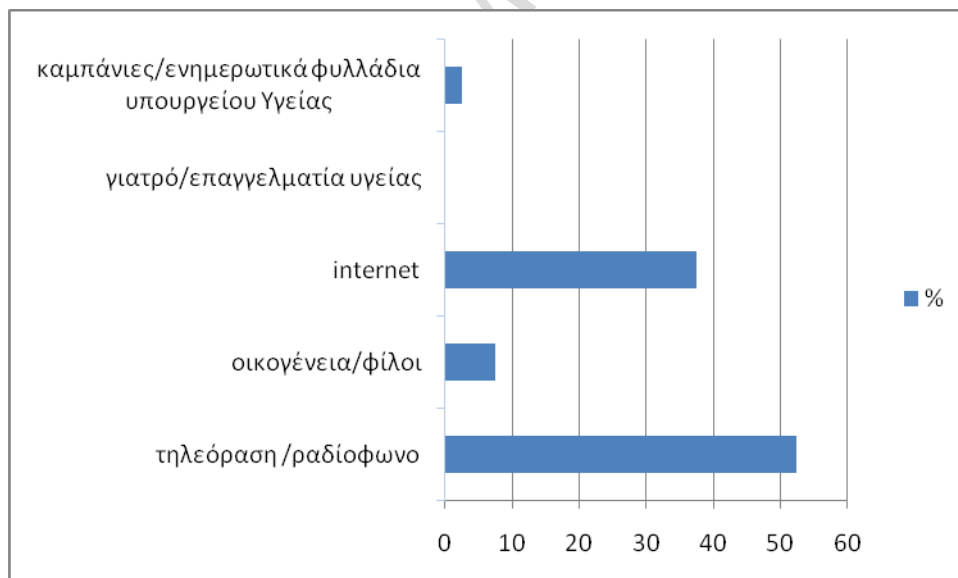
Στην 3<sup>η</sup> ερώτηση από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε την τηλεόραση–ραδιόφωνο με

1. Τούντας Γ. HELLAS HEALTH II Πανελλαδική Έρευνα για τον Καρκίνο – Γνώσεις για το λέμφωμα 2008, διαθέσιμο στο <http://www.onlymphoma.gr/images/documents/Hellas%20Health%20II.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 12/10/211

ποσοστό 41,3% (διάγραμμα 4.7). Τα νέα άτομα (κάτω από 30 χρονών) σε μεγάλο ποσοστό 37,50% απάντησαν ότι ενημερώθηκαν από το internet ( διάγραμμα 4.8) .



Διάγραμμα 4.7 Πηγή ενημέρωσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου

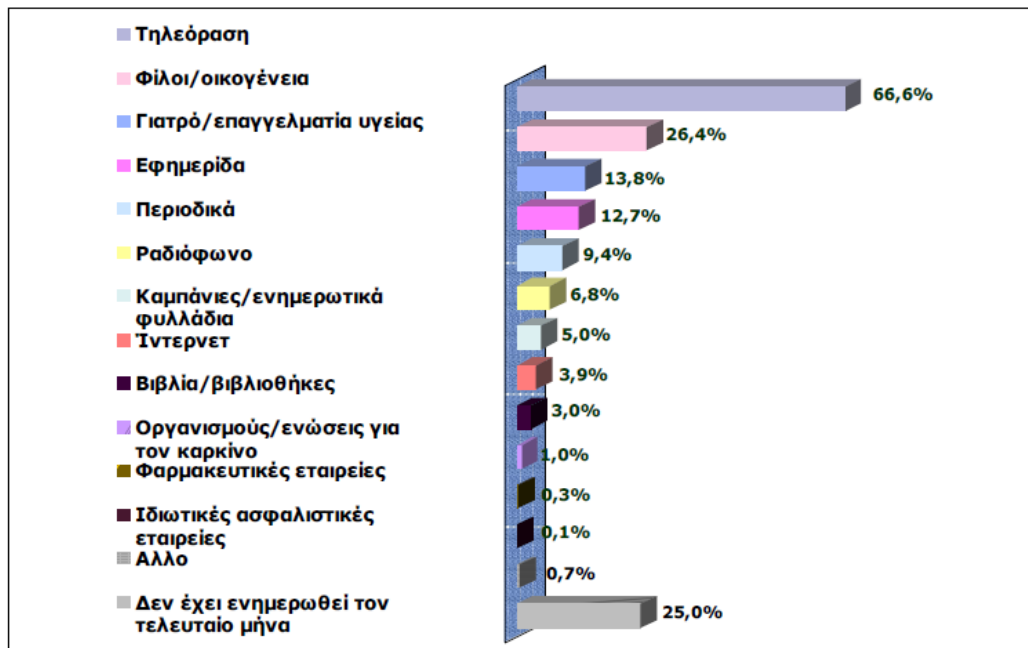


Διάγραμμα 4.8 Πηγή Ενημέρωσης για παράγοντες κινδύνου ηλικίας κάτω των 30 ετών

Σε αντίστοιχη ερώτηση στην Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II παρατηρούμε ότι και εδώ η τηλεόραση και οι φίλοι- οικογένεια αποτελούν κυρίως την πηγή ενημέρωσης για θέματα που αφορούν το καρκίνο (εικόνα 4.2).



Πηγές ενημέρωσης για τον καρκίνο (Ερ.: «Έχετε ενημερωθεί ή ακούσει καθόλου τον τελευταίο μήνα για θέματα που αφορούν τον καρκίνο; Εάν ναι, από που;»).

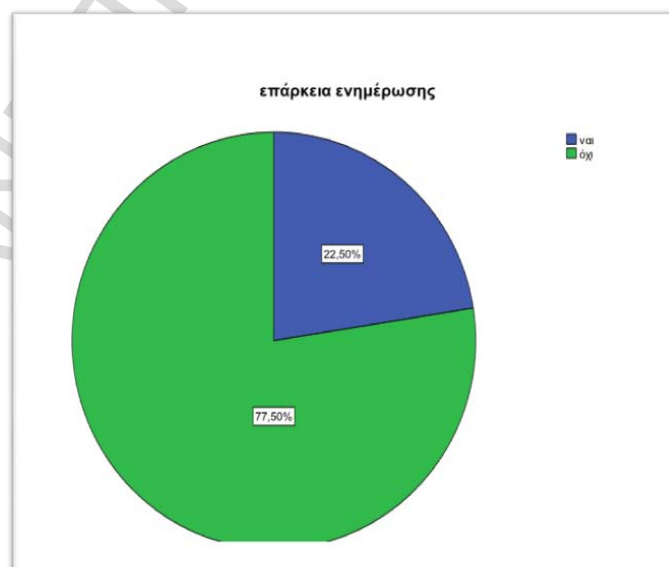


Εικόνα 4.2 . Πηγή ενημέρωσης για τον καρκίνο

Πηγή : Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II

**Ερώτηση 4<sup>η</sup> : Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου ;**

Στην 4<sup>η</sup> ερώτηση αν υπάρχει επάρκεια ενημέρωσης για την πρόληψη στην Ελλάδα το 77,50% των ερωτηθέντων πιστεύει πως δεν υπάρχει (διάγραμμα 4.9).



Διάγραμμα 4.9. Επάρκεια ενημέρωσης για τους παράγοντες κινδύνου

**Ερώτηση 5<sup>η</sup> : Γνωρίζετε ποια είναι η μεσογειακή διατροφή, η οποία θεωρείται προστατευτική για την υγεία;**

Στην 5<sup>η</sup> ερώτηση αν γνωρίζουν ποια είναι η μεσογειακή διατροφή το 83,75% απάντησε πως γνωρίζει ποια είναι η μεσογειακή διατροφή (διάγραμμα 4.10).



Διάγραμμα 4.10 Γνώση μεσογειακής διατροφής

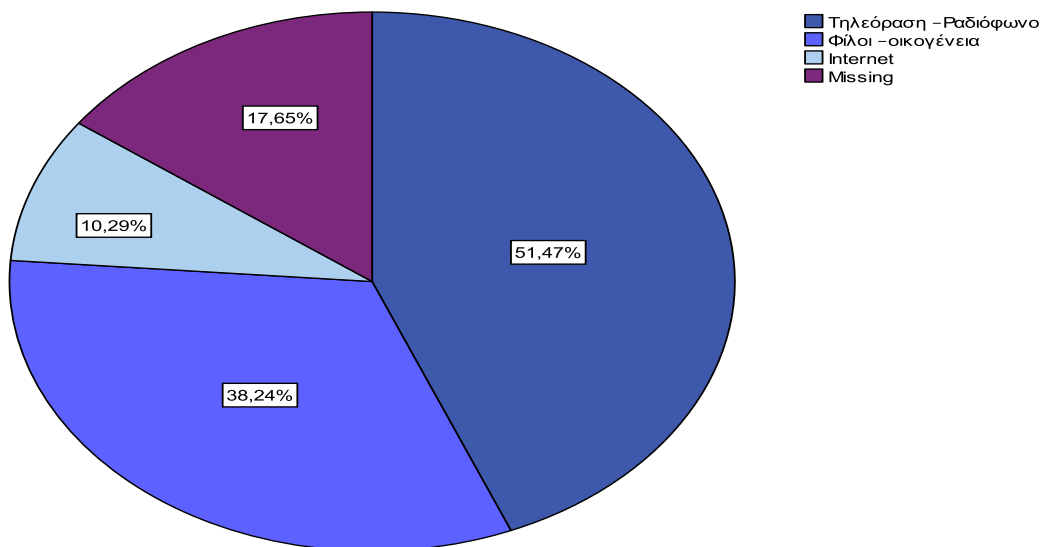
**Ερώτηση 6<sup>η</sup> : Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με την μεσογειακή διατροφή ;**

Στην 6<sup>η</sup> ερώτηση ποια είναι η κυριότερη πηγή ενημέρωσης για τη μεσογειακή διατροφή το 51,47% των ερωτηθέντων απάντησε τηλεόραση- ραδιόφωνο και το 38,24% η οικογένεια (διάγραμμα 4.11).

**Ερώτηση 7<sup>η</sup> : Γνωρίζετε τους κινδύνους του καπνίσματος;**

Στην 7<sup>η</sup> ερώτηση για το αν γνωρίζουν τους κινδύνους τους καπνίσματος το σύνολο των ερωτηθέντων (100%) απάντησε θετικά (πίνακας 4.8).

ενημέρωση μεσογειακή διατροφή



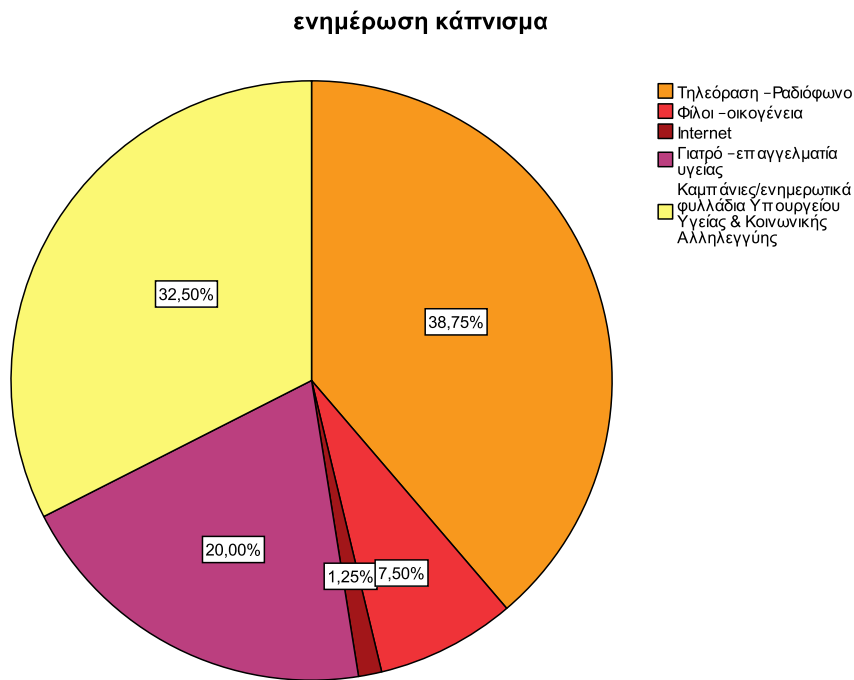
Διάγραμμα 4.11. Πηγή ενημέρωσης για την μεσογειακή διατροφή

Πίνακας 4.8 Κίνδυνοι καπνίσματος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	80	100,0	100,0	100,0

**Ερώτηση 8<sup>η</sup> : Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος;**

Στην 8<sup>η</sup> ερώτηση για το από πού έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους του καπνίσματος ποσοστό 38,75% των ερωτηθέντων απάντησε η τηλεόραση και ποσοστό 32,50% «οι καμπάνιες του υπουργείου Υγείας», εννοώντας την υποχρεωτική αναγραφή πακέτο των τσιγάρων της προειδοποίησης για τους κινδύνους του καπνίσματος και το Νόμο με τον οποίο απαγορεύθηκε το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους (διάγραμμα 4.12).



Διάγραμμα 4.12 Πηγή ενημέρωσης για το κάπνισμα

**Ερώτηση 9<sup>η</sup> : Γνωρίζετε τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ;**

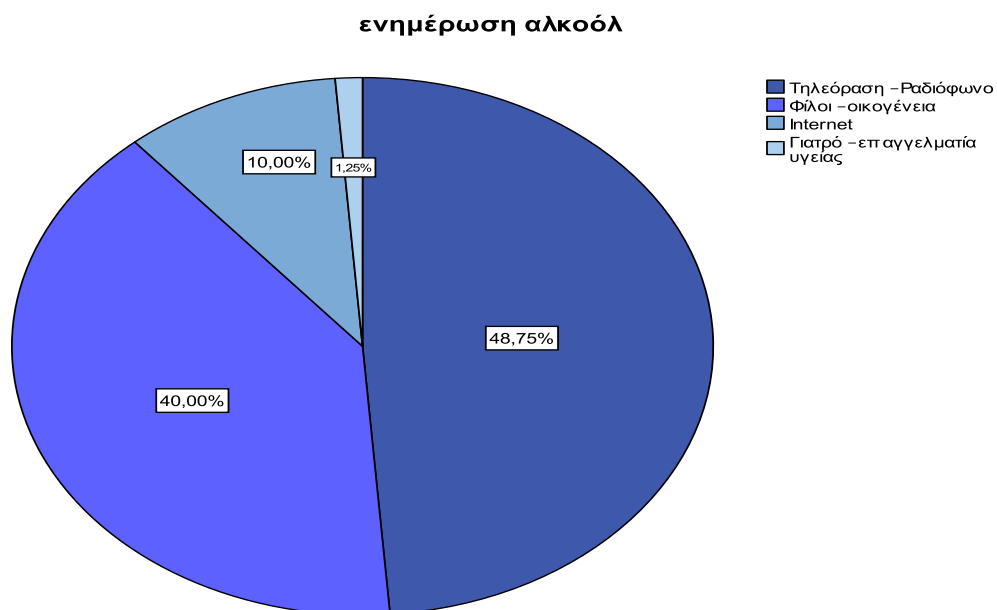
Στην 9<sup>η</sup> ερώτηση για το αν γνωρίζουν τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ το σύνολο των ερωτηθέντων (100%) απάντησε θετικά (Πίνακας 4.9)

Πίνακας 4.9. Κίνδυνοι αλκοόλ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	80	100,0	100,0	100,0

**Ερώτηση 10<sup>η</sup> : Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ;**

Στην 10<sup>η</sup> ερώτηση για το ποια ήταν η πηγή ενημέρωσης για τους κινδύνους κατανάλωσης αλκοόλ το 48% των ερωτηθέντων απάντησε η τηλεόραση, το 40% η οικογένεια, το 10% το internet και ποσοστό μόλις 1,3% ότι έχει ενημερωθεί από γιατρό ή επαγγελματία υγείας. Κανείς από τους ερωτηθέντες δεν αναφέρθηκε σε καμπάνιες ή ενημερωτικά φυλλάδια του υπουργείου Υγείας. (διάγραμμα 4.13),



Διάγραμμα 4.13. Πηγή ενημέρωσης για το αλκοόλ

**Ερώτηση 11<sup>η</sup> : Γνωρίζετε τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών ουσιών;**

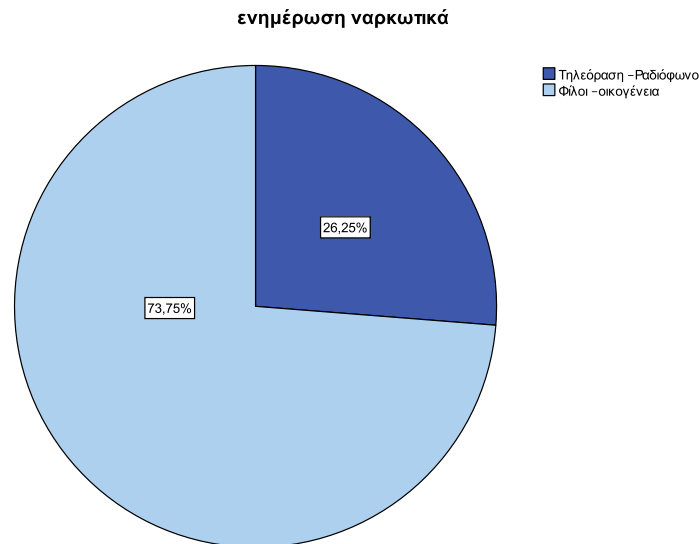
Στην 11<sup>η</sup> ερώτηση για το αν γνωρίζουν τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών το σύνολο των ερωτηθέντων (100%) απάντησε θετικά (πίνακας 4.10).

Πίνακας 4.10 .Κίνδυνοι από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	80	100,0	100,0	100,0

**Ερώτηση 12<sup>η</sup> : Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών ουσιών;**

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις στη 12<sup>η</sup> ερώτηση για την πηγή ενημέρωσης για τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (73,8%) απάντησε οικογένεια – φίλοι και το 22,2% η τηλεόραση-ραδιόφωνο (διάγραμμα 4.14). Δεν έγινε δηλαδή καμία αναφορά στις άλλες πηγές ενημέρωσης (Internet, Γιατρός –επαγγελματίας υγείας και Καμπάνιες / ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας).



Διάγραμμα 4.14. Πηγή ενημέρωσης για τα ναρκωτικά

**Ερώτηση 13: Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών;**

Στην 13<sup>η</sup> ερώτηση σχετικά με το πόσο επαρκή κρίνουν την ενημέρωση για το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών οι απαντήσεις ποικίλλουν. Μόνο για το κάπνισμα το σύνολο των ερωτηθέντων (100%) απάντησε ότι εκτιμά πως υπάρχει επαρκής ενημέρωση (πίνακας 4.11). Το 22,5% των ερωτηθέντων (πίνακας 4.12) εκτιμά ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη διατροφή και το ίδιο ακριβώς ποσοστό (22,5%) εκτιμά ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για την κατανάλωση αλκοόλ (πίνακας 4.13). Για τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών επαρκή θεωρεί την ενημέρωση το 31,3 % των ερωτηθέντων (πίνακας 4.14).

Πίνακας 4.11. *Επαρκής ενημέρωση για τη διατροφή*

	Frequency	Percent
Valid      ναι	18	22,5
όχι	62	77,5
Total	80	100,0

Πίνακας 4.12. *Επαρκής ενημέρωση για το κάπνισμα*

	Frequency	Percent
Valid      ναι	80	100,0

Πίνακας 4.13. *Επαρκής ενημέρωση για την κατανάλωση αλκοόλ*

	Frequency	Percent
Valid      ναι	18	22,5
όχι	62	77,5
Total	80	100,0

Πίνακας 4.14. Επαρκής ενημέρωση για τη χρήση ναρκωτικών

	Frequency	Percent
Valid    ναι	25	31,3
όχι	55	68,8
Total	80	100,0

**Ερώτηση 14<sup>η</sup> : Αναφέρετε 3 τεστ προληπτικού ελέγχου, που γνωρίζετε**

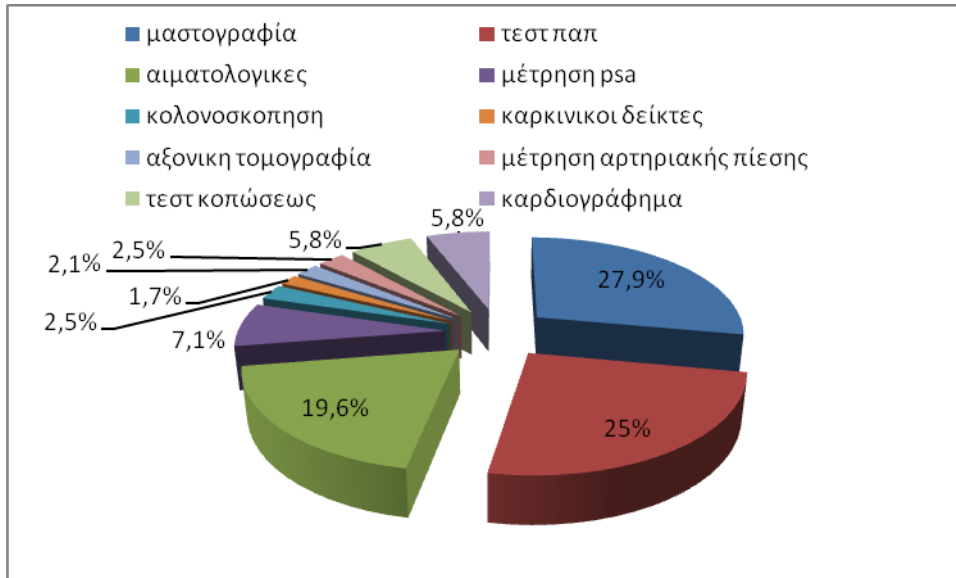
Στην 15<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρετε τρία τεστ προληπτικού ελέγχου που γνωρίζετε δόθηκαν διάφορες απαντήσεις όπως τεστ παπ, μαστογραφία, καρδιογράφημα, αξονική τομογραφία, καρκινικοί δείκτες, τεστ κοπώσεως, αιματολογικές εξετάσεις, κολονοσκόπηση, μέτρηση PSA, μέτρηση αρτηριακής πίεσης.

Η μαστογραφία ως προληπτικό τεστ αναφέρθηκε τις περισσότερες φορές με ποσοστό 27,9%, το τεστ Παπανικολάου (PAP test) ακολούθησε με ποσοστό 25% , οι αιματολογικές με ποσοστό 20 % ,η μέτρηση PSA με ποσοστό 7,1% , ακολουθούν το τεστ κοπώσεως και το καρδιογράφημα με 5,8% , η κολονοσκόπηση και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης με 2,5%, με 2,1 % η αξονική τομογραφία και με 1,75% οι καρκινικοί δείκτες και (διάγραμμα 4.15) .

Στη σειρά των τριών απαντήσεων που έδινε καθένας από τους ερωτηθέντες ως πρώτο τεστ αναφέρθηκαν οι αιματολογικές εξετάσεις με ποσοστό 37,5% , ακολούθησε η μαστογραφία (32,5%) το τεστ Παπανικολάου (25%) το καρδιογράφημα (3,8 %) και οι καρκινικοί δείκτες (1,3 %) ( πίνακας 4.15). Ως δεύτερο τεστ προληπτικού ελέγχου αναφέρθηκε το Pap test με ποσοστό 38,8% και η μέτρηση του psa με ποσοστό 18,8% ,η μαστογραφία με ποσοστό 13,8%,το καρδιογράφημα με 10%, οι αιματολογικές εξετάσεις με 8,8%, οι καρκινικοί δείκτες με 3,8%, το τεστ κοπώσεως με 2,5% και η μέτρηση αρτηριακής πίεσης, η κολονοσκόπηση και η αξονική τομογραφία με 1,3 % το καθένα . (πίνακας 4.16). Ως τρίτο προληπτικό τεστ αναφέρθηκε με ποσοστό 37,5 η μαστογραφία, με 15% το τεστ κοπώσεως , με 12,5 % οι αιματολογικές εξετάσεις και με 11,3 % το τεστ παπ (πίνακας 4.17)



Τέταρτο κεφάλαιο Έρευνα σχετικά με την ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη



Διάγραμμα 4.15. Τεστ προληπτικού ελέγχου

Πίνακας 4.15. Τεστ προληπτικού ελέγχου 1

		Frequency	Percent
Valid	τεστ παπ	20	25,0
	μαστογραφία	26	32,5
	καρδιογράφημα	3	3,8
	αιματολογικές	30	37,5
	καρκινικοί δείκτες	1	1,3
	Total	80	100,0

Πίνακας 4.16. Τεστ προληπτικού ελέγχου 2

	Frequency	Percent
Valid		
τεστ παπ	31	38,8
μαστογραφία	11	13,8
καρδιογράφημα	8	10,0
αιματολογικές	7	8,8
τεστ κοπώσεως	2	2,5
μέτρηση psa	15	18,8
μέτρηση αρτηριακής πίεσης	1	1,3
καρκινικοί δείκτες	3	3,8
κολonosκόπηση	1	1,3
αξονική τομογραφία	1	1,3
Total	80	100,0

Πίνακας 4.17. Τεστ προληπτικού ελέγχου 3

	Frequency	Percent
Valid		
τεστ παπ	9	11,3
μαστογραφία	30	37,5
καρδιογράφημα	3	3,8
αιματολογικές	10	12,5
τεστ κοπώσεως	12	15,0
μέτρηση psa	2	2,5
μέτρηση αρτηριακής πίεσης	5	6,3
κολonosκόπηση	5	6,3
αξονική τομογραφία	4	5,0
Total	80	100,0

**Ερώτηση 15<sup>η</sup> :** Σας αναφέρω ενδεικτικά 2 τεστ προληπτικού ελέγχου, ένα για γυναίκες, το τεστ Παπανικολάου (PAP test) και ένα για άνδρες τη μέτρηση του προστατικού αντιγόνου (μέτρηση PSA). Αν γνωρίζετε συμπληρώστε από ποια ηλικία και με ποια συχνότητα πρέπει να γίνονται ;

Στη 15<sup>η</sup> ερώτηση σχετικά με το μετά από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το Pap test το 95% απάντησε σωστά μετά τα 18, ενώ μόνο το 5% απάντησε μετά τα 30 (πίνακας 4.18) και στο με τι συχνότητα πρέπει να γίνεται το Pap test το 96% απάντησε σωστά κάθε χρόνο. Ενδιαφέρον είναι ότι απάντησαν σωστά και οι ερωτηθέντες άντρες (πίνακας 4.19).

Πίνακας 4.18. Ηλικία διενέργειας του Pap test

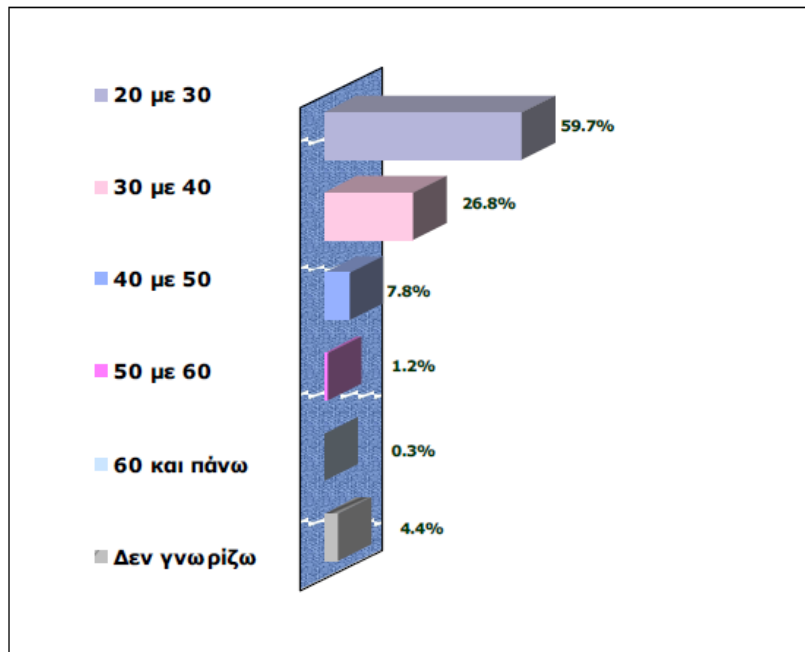
	Frequency	Percent
Valid Μετά το 18 <sup>ο</sup> έτος	76	95,0
Μετά το 30 <sup>ο</sup> έτος	4	5,0
Total	80	100,0

Πίνακας 4.19. Συχνότητα διενέργειας του Pap test

	Frequency	Percent
Valid κάθε 1 χρόνο	77	96,3
κάθε 3 χρόνια	3	3,8
Total	80	100,0

Σε αντίστοιχη ερώτηση στην Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II το 59,7% απάντησε 20-30 έτη σαν ηλικία που πρέπει να αρχίσουν οι γυναίκες να κάνουν τη συγκεκριμένη εξέταση (εικόνα 4.3 ). Και σε ποσοστό 84,8% απάντησαν ότι η συχνότητα με την οποία πρέπει να γίνεται το τεστ είναι κάθε χρόνο (εικόνα 4.4 ).

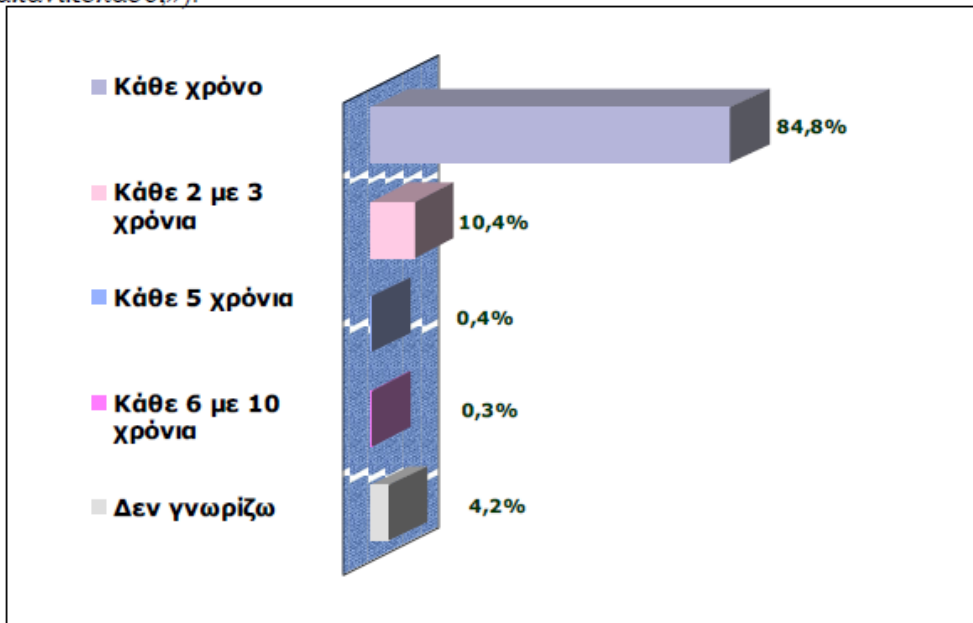
**Αποψη για την ηλικία έναρξης του τέστ ΠΑΠ** στις ερωτηθείσες γυναίκες (Ερ.: «Με βάση όσα γνωρίζετε, σε ποια ηλικία θα πρέπει να αρχίσουν οι γυναίκες να κάνουν το τέστ ΠΑΠ για ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου;»).



Εικόνα 4.3. Ηλικία τεστ ΠΑΠ

Πηγή: Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II

**Αποψη για την συχνότητα επανάληψης του τέστ ΠΑΠ** στις ερωτηθείσες γυναίκες (Ερ.: «Πόσο συχνά θα λέγατε ότι πρέπει να επαναλαμβάνετε το τεστ Παπανικολάου;»).



Εικόνα 4.4. Συχνότητα διενέργειας του Pap test

Πηγή: Πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο Hellas Health II

Όσον αφορά την μέτρηση του προστατικού αντιγόνου (μέτρηση PSA) το 78,8% απάντησε σωστά μετά τα 50 έτη (πίνακας 4.20) και όσον αφορά την συχνότητα της μέτρησης σωστά (κάθε 1 χρόνο) απάντησε το 93,8% (πίνακας 4.21).

Πίνακας 4.20. Ηλικία διενέργειας της μέτρησης PSA

	Frequency	Percent
Valid		
Μετά το 40 <sup>ο</sup> έτος	17	21,3
Μετά το 50 <sup>ο</sup> έτος	63	78,8
Total	80	100,0

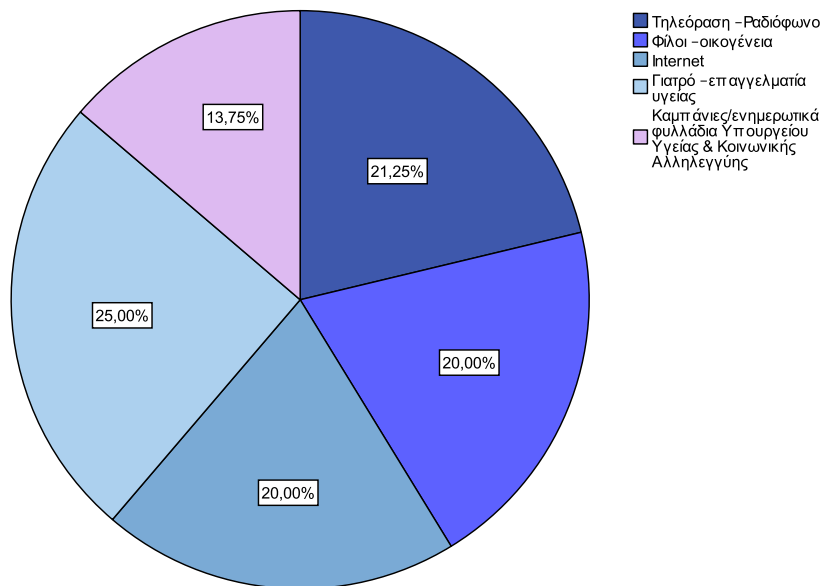
Πίνακας 4.21. Συχνότητα διενέργειας της μέτρησης PSA

	Frequency	Percent
Valid		
κάθε 1 χρόνο	75	93,8
κάθε 3 χρόνια	3	3,8
κάθε 5 χρόνια	2	2,5
Total	80	100,0

**Ερώτηση 16<sup>η</sup> : Από πού έχετε ενημερωθεί για τον προληπτικό έλεγχο ;**

Ως πηγή ενημέρωσης για τον προληπτικό έλεγχο οι ερωτηθέντες, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 4.16, απάντησαν τους γιατρούς και επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 25%, την τηλεόραση- ραδιόφωνο σε ποσοστό 21,25% , την οικογένεια και τους φίλους σε ποσοστό 20% και ακριβώς το ίδιο ποσοστό (20%) το internet. Τέλος το 13,75 % των ερωτηθέντων είχε ως πηγή ενημέρωσης φυλλάδια και καμπάνιες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ενημέρωση προληπτικού ελέγχου



Διάγραμμα 4.16 Πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο

**Ερώτηση 17<sup>η</sup> : Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο;**

Παρά τις σωστές απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 15 το 90% των ερωτηθέντων δεν πιστεύει πως υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο (πίνακας 4.22).

Πίνακας 4.22 Εκτίμηση επαρκούς ενημέρωσης για προληπτικό έλεγχο

		Frequency	Percent
Valid	ναί	8	10,0
	όχι	72	90,0
	Total	80	100,0

4.2.1. Ενότητα Γ: Αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας.

**Ερώτηση 18 : Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με την σωστή διατροφή;**

Όπως καταγράφεται στους πίνακες 4.23, 4.24, 4.25, 4.26 το σύνολο των ερωτηθέντων θεωρούν αναγκαία τη δημιουργία και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τη διατροφή (ερώτηση 18α) τους κινδύνους του καπνίσματος (ερώτηση 18β), τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ (ερώτηση 18γ) και τους κινδύνους χρήσης ναρκωτικών ουσιών (ερώτηση 18δ)

Πίνακας 4.23 *Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τη διατροφή*

	Frequency	Percent
Valid    ναι	80	100,0

Πίνακας 4.24 *Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για το κάπνισμα*

	Frequency	Percent
Valid    ναι	80	100,0

Πίνακας 4.25 *Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για την κατανάλωση αλκοόλ*

	Frequency	Percent
Valid    ναι	80	100,0

Πίνακας 4.26 *Αναγκαιότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τη χρήση ναρκωτικών ουσιών*

	Frequency	Percent
Valid      ναι	80	100,0

**Ερώτηση 19<sup>η</sup> :** Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο;

Στην ερώτηση αν υπάρχει αναγκαιότητα σχεδιασμού προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο το σύνολο των ερωτηθέντων (100%) πιστεύει πως υπάρχει αυτή η ανάγκη (πίνακας 4.27).

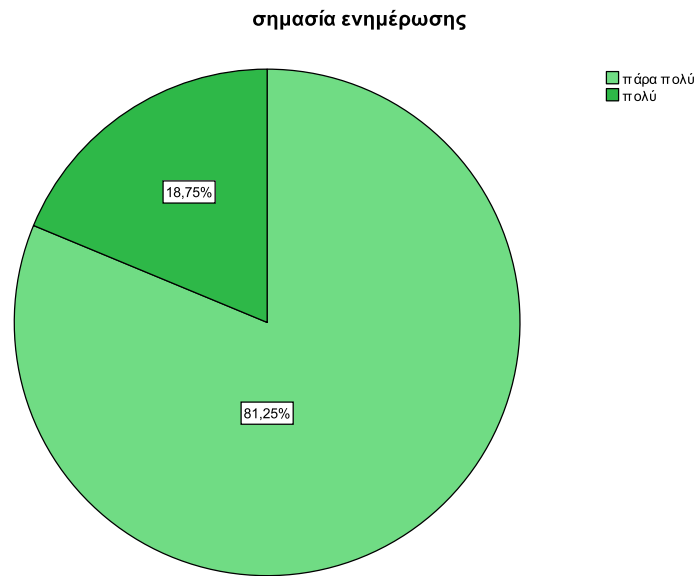
Πίνακας 4.27. *Αναγκαιότητα προγρ. σχολεία προληπτικού ελέγχου*

	Frequency	Percent
Valid      ναι	80	100,0

**Ερώτηση 20<sup>η</sup> :** Πόσο σημαντική είναι κατά την γνώμη σας η ενημέρωση του πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο;

Στην 20<sup>η</sup> ερώτηση για το πόσο σημαντική είναι η ενημέρωση του πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο το 81,3% η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι είναι πάρα πολύ σημαντική (διάγραμμα 4.17)





Διάγραμμα 4.17. Σημασία ενημέρωσης σχετικά με παράγοντες κινδύνου και προληπτικό έλεγχο

**Ερώτηση 21<sup>η</sup> :** Πόσο αναγκαίος είναι κατά την γνώμη σας ο σχεδιασμός και η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο, ώστε να υιοθετηθεί ένας υγιεινότερος τρόπος ζωής;

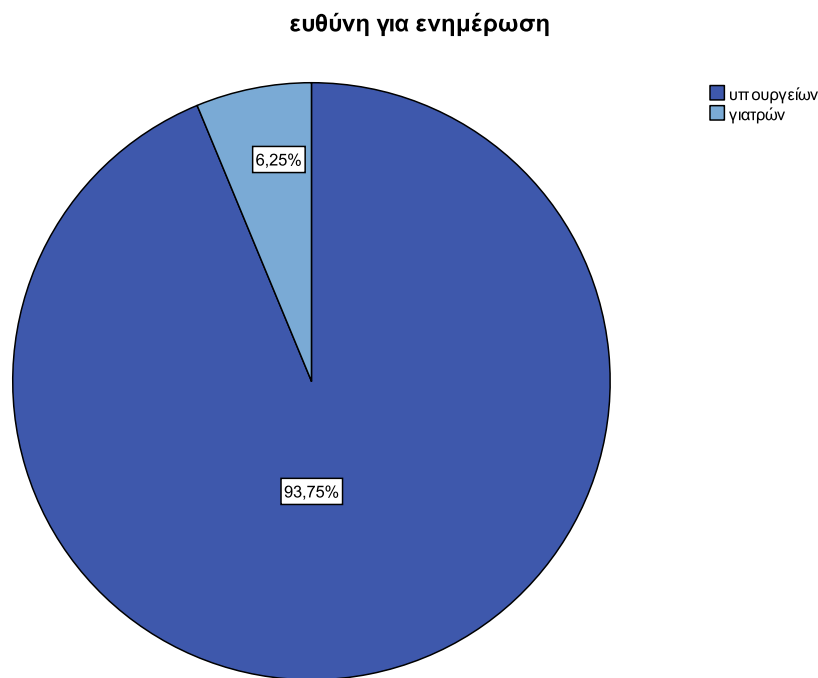
Σημαντικό ποσοστό (81,3%) των ερωτηθέντων εκτιμά ότι πάρα πολύ είναι αναγκαίος ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο και τους παράγοντες κινδύνου, το 18,8% πιστεύει ότι είναι πολύ αναγκαίος (πίνακας 4.28).

Πίνακας 4.28 Αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid πάρα πολύ	65	81,3	81,3	81,3
πολύ	15	18,8	18,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Ερώτηση 22<sup>η</sup> : Κατά την γνώμη σας η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο είναι ευθύνη**

Στην 22<sup>η</sup> ερώτηση για την ευθύνη ενημέρωσης του πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο (ερώτηση 22α) το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (93,75%) απάντησε ότι την ευθύνη πρέπει να την έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενώ μικρό ποσοστό (6,25%) οι γιατροί (διάγραμμα 4.18). Είναι εντυπωσιακό ότι κανείς εκ των ερωτηθέντων δεν ανέφερε την οικογένεια και το σχολείο.

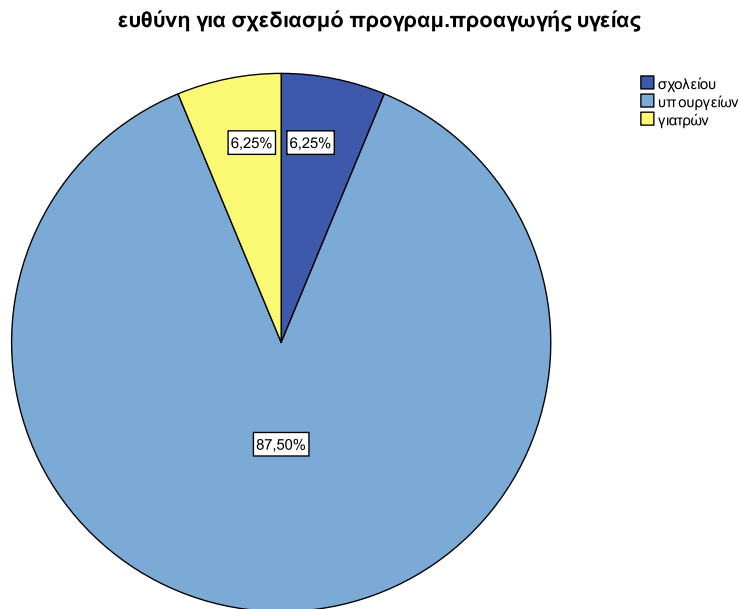


Διάγραμμα 4.18. Ευθύνη ενημέρωσης

**Ερώτηση 23<sup>η</sup> : Ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο είναι ευθύνη :**

Η ίδια σχεδόν αναλογία καταγράφεται και στις απαντήσεις σχετικά με την ευθύνη για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο και τους παράγοντες κινδύνου. Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (87,50%) εκτιμά ότι πρέπει να ανήκει στα Υπουργεία Υγείας και Παιδείας. Μικρό ποσοστό (6,25%) εκτιμά ότι την ευθύνη πρέπει να την έχουν οι γιατροί και ίδιο επίσης ποσοστό (6,25%) εκτιμά ότι πρέπει να την έχει το σχολείο.

Και στην περίπτωση αυτή κανείς εκ των ερωτηθέντων δεν ανέφερε την οικογένεια. (διάγραμμα 4.19).



Διάγραμμα 4.19. Ευθύνη σχεδιασμού

### 4.3 Συζήτηση

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω στόχος της έρευνας ήταν να μάθουμε κατά πόσο είναι ή θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος ο πολίτης για την πρόληψη, για τους παράγοντες κινδύνου, τον προληπτικό έλεγχο, τη σωστή διατροφή, τους κινδύνους από το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, από ποιες πηγές ενημερώνεται, ώστε να διαπιστώσουμε τυχόν κενά ενημέρωσης και ποια μέσα είναι τα πιο κατάλληλα για τη σωστή ενημέρωση και πρόληψη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας οι ερωτηθέντες γνωρίζουν ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Σαν παράγοντες κινδύνου για τα παραπάνω νοσήματα ανέφεραν τη διατροφή, το κάπνισμα, την κληρονομικότητα, τη χρήση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ως παράγοντες κινδύνου δεν αναφέρθηκαν καθόλου η καθιστική ζωή και η απουσία σωματικής άσκησης.

Ως κύρια πηγή ενημέρωσης θεωρείται η τηλεόραση-ραδιόφωνο. Το 77,50% των ερωτηθέντων δεν θεωρούν ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου.

Το 83,75% των ερωτηθέντων γνωρίζει ποια είναι η μεσογειακή διατροφή και το 100% γνωρίζει τους κινδύνους του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Κύρια πηγή ενημέρωσης είναι και στην περίπτωση αυτή η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Παρόλα αυτά το 77,5% των ερωτηθέντων πιστεύει πως δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη σωστή διατροφή και την κατανάλωση αλκοόλ και το 68,8% αντίστοιχα για τη χρήση ναρκωτικών. Αντίθετα για το κάπνισμα το 100% πιστεύει πως υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος.

Το 100% πιστεύει ότι υπάρχει αναγκαιότητα να εφαρμοσθούν προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία για την διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Τα τεστ προληπτικού ελέγχου που αναφέρθηκαν είναι το τεστ Παπανικολάου (Pap test) η μαστογραφία, το καρδιογράφημα, η αξονική τομογραφία, οι καρκινικοί δείκτες, το τεστ κοπώσεως, οι αιματολογικές εξετάσεις, η κολονοσκόπηση, η μέτρηση PSA, η μέτρηση αρτηριακής πίεσης.

Κύρια πηγή ενημέρωσης για τον προληπτικό έλεγχο είναι οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 25%. Το 95% γνώριζε ότι το Pap-test πρέπει να γίνεται από την ηλικία των 18 ετών και το 96% γνώριζε ότι η συχνότητα του συγκεκριμένου τεστ είναι κάθε χρόνο. Επίσης το 78,8 % γνώριζε ότι η ηλικία έναρξης του τεστ μέτρησης του προστατικού αντιγόνου (μέτρηση PSA) είναι μετά το 50<sup>ο</sup> έτος και το 93,8% πως η συχνότητα της συγκεκριμένης εξέτασης είναι ετήσια.

Παρόλο που δόθηκαν σωστές απαντήσεις το 90% των ερωτηθέντων δεν πιστεύει ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο.

Το 100% πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη για εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο στα σχολεία. Η σημασία της ενημέρωσης για τους παράγοντες κινδύνου και για τον προληπτικό έλεγχο θεωρείται πάρα πολύ σημαντική σε ποσοστό 81,25 % και πολύ σημαντική σε ποσοστό 18,75 %. Τα ίδια ποσοστά ισχύουν και για τη σημασία εφαρμογής για τα προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία.

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων εκτιμά ότι την ευθύνη για την ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου και για τον προληπτικό έλεγχο και για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία, πρέπει να τη έχουν τα Υπουργεία Υγείας και Παιδείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

# Συμπεράσματα - Προτάσεις

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση  
της Υγείας

Στρέκλα Ευγενία

2011

### 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στις καλούμενες αναπτυγμένες κοινωνίες (χώρες του ΟΟΣΑ) οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα. Τα νοσήματα αυτά είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε διάφορους νοσογόνους παράγοντες, τους οποίους, ακριβώς για το ρόλο τους στην πρόκληση της νόσου, τους ονομάζουμε παράγοντες κινδύνου. Κάθε χρόνο νόσημα το προκαλεί όχι ένας μόνο παράγοντας κινδύνου αλλά η αθροιστική συνέργεια ενός αιτιολογικού συμπλέγματος διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι συνεργούν αθροιστικά στην πρόκληση των βλαβών. Στους νοσογόνους αυτούς παράγοντες περιλαμβάνονται το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η «ανθυγιεινή» διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης κ.α. Για να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι παραπάνω παράγοντες κινδύνου, πρέπει να υιοθετηθούν προσεγγίσεις δημόσιας πολιτικής οι οποίες θα εμπλέκουν πολλούς τομείς (ενημέρωση, εκπαιδευτικά προγράμματα, κ.λ.π.)[38]

Παρά τις θετικές διαπιστώσεις από το διεθνή χώρο, για τη σημασία της πρόληψης και τη συμμετοχή της στην προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί ολοκληρωμένη ενιαία εθνική πολιτική για την υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης. Και δυστυχώς «...η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα είναι ένα παραμελημένο αντικείμενο στη χώρα μας παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά τους...», όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο ομότιμος καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης Αντώνης Καφάτος [39]

Αποτελεί πλέον κοινή άποψη ότι στη χώρα μας έχει σχεδόν συστηματικά αγνοηθεί από όλους τους αρμόδιους φορείς η αδιαμφισβήτητη σημασία της πρωτογενούς πρόληψης και η αναγκαιότητα δράσεων που θα οδηγήσουν στην αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών που μπορούν να οδηγήσουν τελικά στην κλινική έκδηλη νόσηση και στο θάνατο. Υστερούμε σημαντικά σχεδόν σε όλους τους άξονες δράσης όπως η εξουδετέρωση αιτιολογικών παραγόντων της νόσου, η αποφυγή έκθεσης στους αιτιολογικούς νοσογόνους παράγοντες και η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων έναντι των αιτιολογικών νοσογόνων παραγόντων.

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αδράνειας της δημόσιας διοίκησης στη χώρα μας σε θέματα πρωτογενούς πρόληψης για την εξουδετέρωση αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και της απουσίας δράσεων για την προστασία από τη ρύπανση του περιβάλλοντος είναι οι περιπτώσεις της μόλυνσης του υδροφόρου ορίζοντα από το εξασθενές χρώμιο στην περιοχή του Ασωπού και την ευρύτερη περιοχή της Βοιωτίας και η μόλυνση από τα φυτοφάρμακα στην περιοχή του Μαραθώνα της Αττικής που απασχολούν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα τελευταία δέκα τουλάχιστον χρόνια, χωρίς να έχουν ακόμη ευαισθητοποιηθεί οι αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του περιβάλλοντος. Η ανάταξη της απαράδεκτης και επικίνδυνης αυτής κατάστασης ακόμη δεν έχει ενταχθεί στους στόχους της Κεντρικής Υπηρεσίας Υδάτων του πρώην Υπουργείου Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων που πρόσφατα (με το Προεδρικό Διάταγμα 24/2010 - ΦΕΚ 56<sup>Α</sup>/2010-, περί ανακαθορισμού των αρμοδιοτήτων των Υπουργείων) αναβαθμίστηκε σε Ειδική Γραμματεία Υδάτων του Υπουργείου Περιβάλλοντος Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής. Και τούτο παρά τις Αποφάσεις και συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την ύπαρξη από το 2003 θεσμικών οργάνων, όπως η Εθνική Επιτροπή Υδάτων και το Εθνικό Συμβούλιο Υδάτων που έχουν αρμοδιότητες για τη διαχείριση του υδατικού δυναμικού της χώρας <sup>1</sup>

Τα ίδια αρνητικά αποτελέσματα υπάρχουν και στις δράσεις για την αποφυγή έκθεσης στους αιτιολογικούς νοσογόνους παράγοντες, όπως η αποφυγή του καπνίσματος. Η ασυνήθιστη για τη χώρα μας δραστηριοποίηση κατά του καπνίσματος κατά το 2008 έχει πλέον έχει ατονήσει, ενώ παρά τις αυστηρού χαρακτήρα διατάξεις του Νόμου 3730/ 08 («Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις») για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους το κάπνισμα εξακολουθεί σε όλα σχεδόν τα εστιατόρια και τα κέντρα διασκέδασης της χώρας. Γεγονός που εξακολουθεί να διατηρεί επίκαιρη τη γνωστή φράση του Εμμανουήλ Ροΐδη για την αναγκαιότητα «..ενός μόνον ενός νόμου

---

<sup>1</sup> «Δράσεις για την υλοποίηση της πολιτικής του Υπουργείου Περιβάλλοντος Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής στον τομέα διαχείρισης υδατικών πόρων και Προστασίας του υδάτινου περιβάλλοντος» (Νοεμ. 2010) διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ypeka.gr/LinkClick.aspx?fileticket=HA5sOkBEwE4%3d&tabid=245&language=el-GR> ημερομηνία επίσκεψης 14/12/2011



## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

εις αυτήν τη χώραν, ο οποίος να επιτάσσει την εφαρμογήν όλων των υπολοίπων νόμων...»

Η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου απαιτεί τη διαμόρφωση εθνικής πολιτικής υγείας που θα έχει ως στρατηγικό σκοπό την πρόληψη και θα βασίζεται στη διατομεακή δράση, όπως με έμφαση προτείνει ο ΠΟΥ και η Ευρωπαϊκή Ένωση. Η ενεργός και όχι μόνο «στα χαρτιά» εμπλοκή όλων των αρμόδιων για την υγεία φορέων στη χώρα μας είναι απαραίτητη. Ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων που αποτελούν τη σύγχρονη επιδημία των βιομηχανικά αναπτυγμένων χωρών δεν επιτρέπει πλέον τη συνέχιση της διοικητικής αδράνειας και την έλλειψη ουσιαστικής συνεργασίας των Υπουργείων Υγείας, Παιδείας και Περιβάλλοντος αλλά και Οργανισμών όπως π.χ. ο ΕΦΕΤ. Και ασφαλώς δεν είναι επιτρεπτό το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων μετά τη μετεξέλιξη του από το 2007 σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων να εξακολουθεί να έχει ως κύριο σκοπό του την αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Υπάρχουν παραδείγματα και τεχνογνωσία από ευρωπαϊκούς και διεθνείς αντίστοιχους οργανισμούς που θα πρέπει άμεσα να υιοθετηθούν και εφαρμοστούν.

Η χώρα μας πρέπει άμεσα να δώσει έμφαση στις δράσεις διατομεακού χαρακτήρα, με συντονιστή το Υπουργείο Υγείας, αν θέλει να κερδίσει το στοίχημα της πρόληψης και να κερδίσει τη χαμένη πρωτιά που είχε πριν από είκοσι περίπου χρόνια στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ.

Σύμφωνα με τα στοιχεία για το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση που αντλήθηκαν και επεξεργάστηκαν από την Online βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ<sup>2</sup> φαίνεται ότι η χώρα μας έχει υποχωρήσει σημαντικά στη διεθνή κατάταξη. Ειδικότερα ενώ το 1991 με προσδόκιμο επιβίωσης τα 77,1 έτη για το σύνολο του πληθυσμού κατείχε την 7<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 34 χωρών του ΟΟΣΑ (μαζί με την Ιταλία και τη Νορβηγία) το 2004 (με 79 έτη) «κατρακύλησε στην 17<sup>η</sup> θέση (μαζί με το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο) και το 2009 (με 80,3 έτη) στην 18<sup>η</sup> (μαζί με την Γερμανία και την Κορέα).

---

<sup>2</sup> OECD StatExtracts [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

Δυσμενέστερα είναι τα στοιχεία για τους άντρες οι οποίοι μεταξύ 1991 και 2009 «υποβιβάστηκαν» κατά δέκα θέσεις και ειδικότερα από την 5<sup>η</sup> θέση που κατείχαν το 1991 (με 74,7 έτη ζωής) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ το 2004 κατατάσσονται στην 15<sup>η</sup> θέση (με 76,6 έτη ζωής) την οποία διατηρούν και το 2009 (με 77,8 έτη ζωής). Αντίστοιχα και οι γυναίκες «υποβιβάστηκαν» από τη 13<sup>η</sup> θέση που κατείχαν το 1991 (με 79,5 έτη ζωής) στην 22<sup>η</sup> θέση το 2004 (με 81,3 έτη ζωής) και το 2009 (με 82,7 έτη ζωής) ανεβαίνουν στη 18<sup>η</sup> θέση.

Σε επίπεδο ευρωπαϊκών χωρών τα πράγματα είναι ακόμη δυσμενέστερα για τη χώρα μας. Για το σύνολο του πληθυσμού η χώρα μας, με 77,1 έτη ζωής, κατέχει την 4<sup>η</sup> θέση μεταξύ των εικοσιπέντε (25) ευρωπαϊκών χωρών (μαζί με την Ιταλία και τη Νορβηγία) και το 2004 (με 79 έτη ζωής) «κατεβαίνει» στη 12<sup>η</sup> θέση μαζί με το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο) και το 2009 (με 80,3 έτη) στην 13<sup>η</sup> (μαζί με την Γερμανία ) και την Κορέα). Οι άντρες που το 1991, 74,7 έτη ζωής είχαν την 3<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 25 ευρωπαϊκών χωρών το 2004, με 76,6 έτη υποχωρούν στην 10<sup>η</sup> θέση στην οποία παραμένουν και το 2009 μαζί με τη Γερμανία (με 77,8 έτη ζωής). Αντίστοιχα οι γυναίκες από τη 10<sup>η</sup> θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών που είχαν το 1991 (με 79,5 έτη ζωής) μαζί με τη Φινλανδία, υποχωρούν το 2004 με 81,3 έτη ζωής στη 16<sup>η</sup> θέση και το 2009 με 82,7 έτη ζωής «ανεβαίνουν» στη 13<sup>η</sup> θέση μαζί με την Ολλανδία.

Παρά τη βελτίωση κατά 3,2 έτη ζωής (77,1-80,3) στο χρονικό διάστημα 1991-2009 για το σύνολο του πληθυσμού και ειδικότερα 3,1 για τους άντρες (74,7 – 77,8) και 3,2 (79,5 – 82,7) για τις γυναίκες το γεγονός είναι ότι υπάρχει βραδύτερος ρυθμός βελτίωσης τόσο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών όσο και μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Η αλλαγή αυτή έχει αποδοθεί στη μεταβολή κυρίως των διατροφικών προτύπων. Και όπως τονίζει ο κ. Καφάτος «...σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στις άλλες αναπτυγμένες χώρες, η Ελλάδα δεν επενδύει καθόλου στην προληπτική ιατρική, το μοναδικό όχημα που μπορεί ουσιαστικά να συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής...» [39]

Οι αδυναμίες όμως της προληπτικής ιατρικής στη χώρα μας δεν εξαντλούνται στην πρωτογενή πρόληψη. Το Υπουργείο Υγείας εξακολουθεί να «αδιαφορεί» για τη σημασία και της δευτερογενούς πρόληψης και την αναγκαιότητα συντονισμένης προληπτικής αντιμετώπισης μιας σειράς παραγόντων που είναι κοινοί τόσο για τα

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

καρδιαγγειακά νοσήματα όσο και τον καρκίνο. Αντί οι όποιες προληπτικές προσπάθειες να επικεντρώνονται μόνο σε ξεχωριστούς παράγοντες, θα ήταν πιο αποτελεσματικό να υιοθετηθεί μία ολοκληρωμένη προσέγγιση αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου και εφαρμογής προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, μέσα στο πλαίσιο μιας ευρύτερης στρατηγικής προαγωγής της υγείας και πρόληψης της νόσου σε εθνικό επίπεδο.

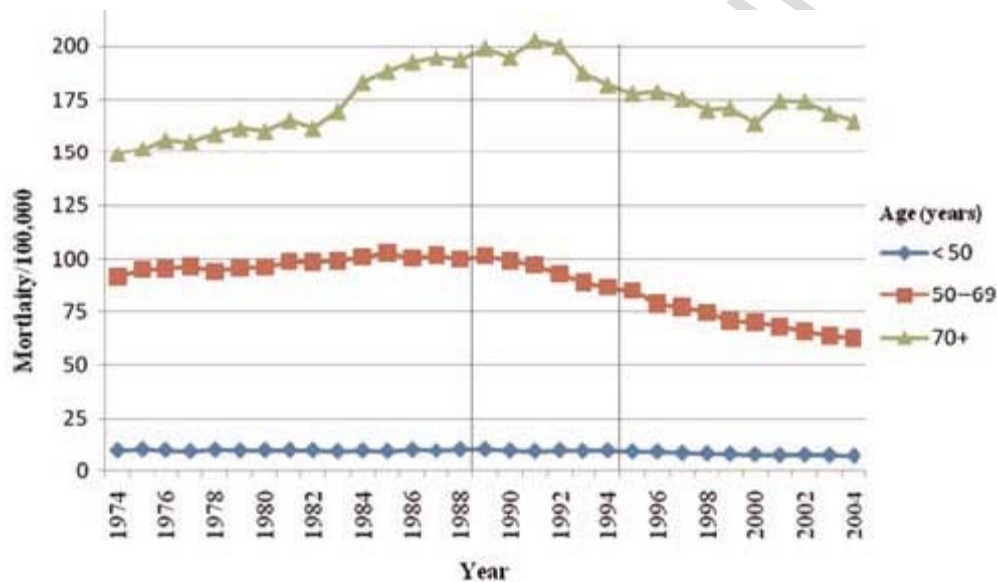
Κατά το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο προσυμπτωματικός έλεγχος αποτέλεσε τον πυρήνα των πολιτικών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και τη βάση διαμόρφωσης εθνικών προγραμμάτων πρόληψης συγκριμένων νοσημάτων, μετά την επιτυχία που είχε η εφαρμογή της μαζικής μικροακτινογράφησης τη δεκαετία του 1940 για την έγκαιρη διάγνωση της φυματίωσης. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόστηκε σε ένα ευρύ πεδίο νοσημάτων υψηλού φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας, η έγκαιρη διάγνωση των οποίων εφόσον υφίστατο θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπισή της θα είχε θετικά αποτελέσματα και στο πάσχον άτομο αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο [40]. Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, ως βασική προτεραιότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας υιοθετήθηκαν από τα περισσότερα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών του ΟΟΣΑ και είχαν σημαντική συμβολή στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιλεγμένων νοσημάτων με θετικά αποτελέσματα τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής όσο και στον περιορισμό των σχετιζόμενων με αυτά δαπανών. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε αρχικά στην υλοποίηση προγραμμάτων για την πρόληψη του καρκίνου και ιδιαίτερα στον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, λόγω της αποδεδειγμένης χρησιμότητας της ψηλάφησης και της μαστογραφίας και του Pap-test αντίστοιχα και στη συνέχεια τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου επεκτάθηκαν στην πρόληψη και άλλων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Σήμερα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες έχουν διαμορφωθεί και υλοποιούνται περιφερειακά και εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για μια σειρά νοσημάτων με χαρακτηριστικά παραδείγματα τα προγράμματα για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, τους συχνότερους καρκίνους των γυναικών που αποτελούν σε διεθνές επίπεδο την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο για τις γυναίκες. Τα πρώτα οργανωμένα εθνικά προγράμματα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού ξεκίνησαν το διάστημα 1986-89 στις Σκανδιναβικές χώρες και στην

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

Αγγλία. [41]. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού που παρουσίαζε ανοδική τάση από το 1950 έως τη δεκαετία του 1980 άρχισε μετά το 1990 να μειώνεται στις χώρες που εφαρμόζουν εκτεταμένο προσυμπτωματικό έλεγχο, με την ευρεία εφαρμογή της μαστογραφίας.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού αξιολογήθηκε σε διάφορες χώρες (Αγγλία, Σκανδιναβικές χώρες και Ολλανδία) και αποδείχτηκε ότι υπήρξε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού σε ποσοστά 6%-32%, ανάλογα με τη χώρα, τη διάρκεια εφαρμογή του προγράμματος και τα μεθοδολογικά εργαλεία της μελέτης [ 40, 42, 43]



Διάγραμμα 5.1 Θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου (έτος έναρξης 1988)

Πηγή : Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος

Σήμερα στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης (Φινλανδία, Γαλλία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία, Αγγλία) λειτουργούν οργανωμένα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού ενώ σε αρκετές (Αυστρία, Βέλγιο, Ιρλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Πορτογαλία και Ισπανία) λειτουργούν περιφερειακά προγράμματα. Τα ηλικιακά όρια του πληθυσμού στόχου καθώς και η συχνότητα διεξαγωγής των ελέγχων διαφέρουν ανά χώρα. Συνήθως απευθύνονται σε γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών με τριετή συχνότητα ελέγχου (Αγγλία, Βέλγιο, Δανία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία, Αυστραλία, Κύπρος, Λετονία)

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

Στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», ξεκίνησαν από το 1986 να λειτουργούν πιλοτικά προγράμματα σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Γερμανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο) τα περισσότερα από τα οποία εξελίχτηκαν στη συνέχεια σε περιφερειακά προγράμματα. Στη χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού, παρά μόνο περιστασιακές πρωτοβουλίες διαφόρων φορέων που έδρασαν κυρίως στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου» (που ξεκίνησαν το 1988). Ακόμη και οι δράσεις που περιλαμβάνονται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008 – 2012 δεν έχουν ακόμη υλοποιηθεί.

Τα ίδια αρνητικά δεδομένα υπάρχουν στη χώρα μας και για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο για το γυναικείο φύλο διεθνώς, μετά τον καρκίνο του μαστού και την κύρια αιτία θανάτου των γυναικών από καρκίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις χώρες που εφαρμόζουν οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, με κυριότερη παρέμβαση τη διενέργεια του Pap-test έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο αυτό. Αντίθετα στη χώρα μας έχουμε περιοριστεί σε αποσπασματικές δράσεις επιστημονικών και κοινωνικών φορέων, εθελοντικού κατά κανόνα χαρακτήρα. Πρόσφατα (Αύγουστος 2011) το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην υλοποίηση ενός οργανωμένου προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε συνεργασία με 166 Δήμους για τη δωρεάν διενέργεια εξέταση Pap-test στα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ

Ενδεικτικά της αρνητικής εικόνας για τη δευτερογενή πρόληψη στη χώρα μας είναι τα ευρήματα της έρευνας Hellas Health II<sup>3</sup>. Αποδεικνύεται ότι η διεξαγωγή προσυμπτωματικών ελέγχων βρίσκεται σε ανησυχητικά χαμηλά επίπεδα στην Ελλάδα και η ενημέρωση των Ελλήνων, σχετικά με τα οφέλη της, σε αρκετές περιπτώσεις ανύπαρκτη. Αναλυτικότερα, η έρευνα παρουσιάζει ότι μόνο το 53,8% τω γυναικών 50 έως 69 ετών έχουν κάνει μαστογραφία τα τελευταία 3 χρόνια και μόνο το 56,4 % των γυναικών άνω των 40 έχει προβεί σε ψηλάφηση του μαστού από το γιατρό. Από τις γυναίκες που έχουν κάνει μαστογραφία το 20,1 % έχει κάνει μια μαστογραφία ενώ

---

<sup>3</sup> Τούντας Γ. HELLAS HEALTH II Πανελλαδική Έρευνα για τον Καρκίνο – Γνώσεις για το λέμφωμα 2008, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.onlymphoma.gr/images/documents/Hellas%20Health%20II.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 12/10/2011

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

το 22,7% περισσότερες από 5 εκ των οποίων το 34,5% επαναλαμβάνει την εξέταση ετησίως, το 40,6% κάθε 2-3 έτη και το 21,6% σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα παραπάνω μόνο το 5% των γυναικών ακολουθεί τη συχνότητα ελέγχου (2-3 έτη) που προτείνουν τα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου διεθνώς και η οποία αποδεικνύεται κλινικά αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική. Επιπλέον, το 60,8% των γυναικών οι οποίες δεν έκαναν μαστογραφία τα τελευταία 2 έτη δήλωσαν ότι δεν το θεωρούσαν απαραίτητο ενώ το 85,3% των γυναικών που έχουν κάνει ισχυρίζεται ότι δεν έχει λάβει ποτέ ειδοποίηση (τηλεφωνική ή ταχυδρομική ) για επανάληψη της εξέτασης.

Είναι ενδεικτικό της έλλειψης ουσιαστικής ενημέρωσης του κοινού ότι παρότι από τη δεκαετία του '90 όλες σχεδόν οι ασφαλιστικές εταιρείες στη χώρα μας παρέχουν σε όλους τους ασφαλιζόμενους με προγράμματα νοσηλείας τη δυνατότητα διενέργειας δωρεάν ατομικού προσυμπτωματικού ελέγχου (Check-Up) πολύ μικρό ποσοστό των ασφαλισμένων έκανε χρήση του δικαιώματος αυτού και για το ότι δεν υπάρχει καμία παρότρυνση ούτε καν η απαραίτητη ενημέρωση των ασφαλισμένων.

Περισσότερο χαρακτηριστικό παράδειγμα της αδιαφορίας της πολιτείας για την προληπτική ιατρική και την προστασία της υγείας των πολιτών καθώς και της αποδεδειγμένης πλέον τακτικής της δημόσιας διοίκησης σύμφωνα με την οποία στην Ελλάδα οι νόμοι ψηφίζονται αλλά δεν εφαρμόζονται είναι η τύχη της Υπουργικής Απόφασης (Φ7/οικ.1624/1999) για τις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής των ασφαλισμένων του Δημοσίου και των Ασφαλιστικών Οργανισμών. Η Απόφαση καθιέρωνε για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου και των Ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και για τα μέλη των οικογενειών τους **υποχρεωτικές παροχές προληπτικής ιατρικής** «... για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την αποτροπή εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων...» και ειδικότερα:

- α) Εμβολιασμούς σε παιδιά και ενήλικες, σύμφωνα με το εγκεκριμένο κάθε φορά από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών.
- β) Εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου, σε γυναίκες και άνδρες με σκοπό τη γέννηση υγιών παιδιών.
- γ) Μαστογραφία για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
- δ) Test Παπανικολάου για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

- ε) PSA, για την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη.
- στ) Εξετάσεις χοληστερόλης, ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας, τριγλυκεριδίων με σκοπό τη διάγνωση δυσλιπιδαιμιών, για την πρόληψη των καρδιοπαθειών.
- ζ) Κολοноσκόπηση και μικροσκοπική εξέταση για αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα για την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και
- η) Προληπτική οδοντιατρική σε παιδιά 6-14 ετών

και όριζε τα χρονικά διαστήματα για τον περιοδικό έλεγχο όλων των ασφαλισμένων.

Σύμφωνα με την Απόφαση «...όλες δαπάνες του προγράμματος της προληπτικής ιατρικής, βαρύνουν τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το δημόσιο, χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου...» και είχε προϋπολογισθεί ότι το κόστος θα ανερχόταν ήταν σε ετήσια βάση στο ύψος των 50.000.000 δρχ. συνολικά σε βάρος των προϋπολογισμών των Ασφαλιστικών Οργανισμών και σε. 15.000.000 δρχ. περίπου σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού. Στην απόφαση οριζόταν σαφώς ότι «...Με σκοπό την υλοποίηση του προγράμματος προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και κάθε ασφαλιστικός οργανισμός υποχρεούται να ενημερώνει με κάθε πρόσφορο μέσο τους ασφαλισμένους-του για όλες τις παραπάνω παροχές και τον τρόπο απόκτησής τους...» [44]

Είκοσι δύο (22) περίπου χρόνια μετά τη δημοσίευση της Απόφασης ελάχιστοι γιατροί των ασφαλιστικών οργανισμών την γνωρίζουν και την εφαρμόζουν και προφανώς οι ασφαλισμένοι δεν κάνουν χρήση του υποχρεωτικού αυτού δικαιώματος.

Την ίδια αρνητική εικόνα αποδεικνύει και η έρευνα μας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι ερωτηθέντες γνωρίζουν ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα και ότι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η διατροφή, το κάπνισμα, η κληρονομικότητα, η χρήση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Αποδεικτικό όμως της έλλειψης ενημέρωσης είναι ότι δεν ανέφεραν ως παράγοντες κινδύνου την καθιστική ζωή και την απουσία σωματικής άσκησης. Και τούτο διότι κύρια πηγή ενημέρωσης θεωρείται η τηλεόραση-ραδιόφωνο, η οποία ασφαλώς δεν είναι πλήρης, συνεχής και ολοκληρωμένη, όπως πιστεύει και το 77,50% των ερωτηθέντων που θεωρούν ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου.

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

Αποτελεί κοινή πλέον άποψη ότι η πρόληψη της νόσου και ιδιαίτερα των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων προϋποθέτει την αλλαγή ατομικής και κοινωνικής συμπεριφοράς και συνηθειών για μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά και άμεσα την υγεία, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η διατροφή κ.λπ. Και ακόμη ότι η αλλαγή αυτή και η απόκτηση κουλτούρας υγείας απαιτεί μακρόχρονη σταθερή και συντονισμένη προσπάθεια και δεν είναι δυνατόν να αποκτηθεί με αποσπασματικές δράσεις εθελοντικού χαρακτήρα ή με την εκπόνηση μελετών και τη διαμόρφωση Στρατηγικών Σχεδίων Δράσης που μένουν κυριολεκτικά «στο συρτάρι» και δεν αξιοποιούνται.

Η εμπειρία άλλων χωρών πρέπει να αποτελέσει οδηγό των δράσεών μας για την καθιέρωση εθνικής στρατηγικής υγείας. Σαν παράδειγμα στον Καναδά, στη Φινλανδία, και στις ΗΠΑ χώρες στις οποίες από τη δεκαετία του 60 έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ενημέρωση του πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου και για το ότι η θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες σήμερα οφείλονται κατά 64% στον τρόπο ζωής των ατόμων και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να τροποποιηθούν με προγράμματα Προληπτικής Ιατρικής υπήρξε θεαματική η πτώση του δείκτη θνησιμότητας από καρδιακά νοσήματα. Η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο στις ΗΠΑ ελαττώθηκε στο χρονικό διάστημα 1964-1988 κατά 66% για τους άντρες και κατά 47,3% για τις γυναίκες και η εντυπωσιακή αυτή μείωση αποδίδεται κυρίως στο εθνικό πρόγραμμα ενημέρωσης-εκπαίδευσης του κοινού για τη χοληστερόλη. Αντίστοιχα στη Φινλανδία η εθνική πολιτική για την πρόληψη και διατροφή που εφαρμόζεται από τις αρχές της δεκαετίας του '70 οδήγησε σε εντυπωσιακή μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 70%-80%. [39]

Είναι προφανές ότι η χώρα μας έχει άμεση ανάγκη αλλαγής πολιτικής και διαμόρφωσης εθνικής στρατηγικής για την υγεία που πρέπει να βασιστεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη. Και ασφαλώς δεν αρκούν μόνο οι κατά καιρούς δηλώσεις των Υπουργών Υγείας για τα μέτρα που «θα λάβουν». Ας ελπίσουμε ότι η δήλωση του Υπουργού Υγείας κ. Λοβέρδου κατά τη διάρκεια της κοινής συνέντευξης (13/07/2011) που έδωσε με τον Δήμαρχο Αθηναίων για την ένταξη των υπηρεσιών του Δήμου στο πρόγραμμα για τον προληπτικό έλεγχο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. ότι «...το υπουργείο Υγείας δεν είναι υπουργείο των νοσοκομείων και των γιατρών...» και ότι «... η πρόληψη κατά των



## Συμπεράσματα -Προτάσεις

νοσημάτων αποτελεί αιχμή του δόρατος του ΕΣΥ...»<sup>4</sup> θα αποτελέσει την αρχή υλοποίησης των δράσεων που περιλαμβάνει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2013 δεδομένου ότι έχει διασφαλιστεί και η χρηματοδότηση των προληπτικού χαρακτήρα δράσεων από το ΕΣΠΑ, όπως αρχικά προβλεπόταν και δεν παραμείνει και αυτή «στα χαρτιά».

Η χώρα μας θα πρέπει να πάψει να έχει αρνητικές πρωτιές σε θέματα υγείας όπως π.χ. η παιδική παχυσαρκία, το κάπνισμα, τα τροχαία ατυχήματα κλπ. δηλαδή σε θέματα που μπορούν να βελτιωθούν αν υπάρξει εθνική πολιτική για την Προληπτική Ιατρική και τη διατροφή. Πρόληψη για να αναστραφούν οι συνεχώς επιδεινούμενοι δείκτες υγείας. Δεν θα πρέπει η χώρα μας να παραμένει η μόνη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ στην οποία η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα συνεχώς αυξάνεται όταν στις υπόλοιπες παρατηρείται μείωση κατά 30%-60%. Και θα πρέπει, όπως έχει ήδη αναφερθεί, να σταματήσει να ελαττώνεται προοδευτικά ο ρυθμός αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης.

Θα πρέπει όσοι είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας να «θυμηθούν» ότι το όραμα του ΠΟΥ για «Υγεία για όλους» απαιτεί την αλλαγή των καθιερωμένων προτύπων οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων υγείας και αναπροσανατολισμό των στρατηγικών στόχων τους με έμφαση πλέον όχι μόνο στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων υγείας και ιδιαίτερα των χρόνιων νοσημάτων που απασχολούν κυρίως τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, αλλά κυρίως στην προώθηση προγραμμάτων και διατομεακών δράσεων για την επιτυχή πρόληψη των «νοσημάτων του πολιτισμού» που τείνουν να μεταβληθούν σε «σύγχρονες επιδημίες». Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρείται μοχλός της νέας στρατηγικής, γι' αυτό και ένας από τους βασικούς στόχους της νέας πολιτικής υγείας είναι η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, με άμεση προτεραιότητα τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πρόληψη των προλήψιμων νοσημάτων, η προσπάθεια αναβάθμισης του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η ενίσχυση όλων των παραγόντων (οικονομικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών κλπ.) που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών απαιτεί δράσεις και προγράμματα εθνικού και υπερεθνικού

<sup>4</sup> ΤΟ ΒΗΜΑ 13 Ιουλίου 2011 <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=410924>

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

χαρακτήρα, που πρέπει να είναι προσανατολισμένα στις σύγχρονες κοινωνικές απαιτήσεις. Η άποψη αυτή ήταν κυρίαρχη στη διεθνή συνδιάσκεψη για την προαγωγή της υγείας στην Οτάβα του Οντάριο του Καναδά (21 Νοεμβρίου 1986) με τη διακήρυξη της οποίας ο ΠΟΥ υιοθέτησε και θεσμοθέτησε την αναγκαία σύγχρονη και ρεαλιστική πολιτική υλοποίησης των στόχων αυτών, την «*Πολιτική Προαγωγής Υγείας*»[15]

Η επίτευξη του στόχου για την Προαγωγή της Υγείας που σύμφωνα με τη διακήρυξη της Οτάβα είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν απαιτεί πέραν των άλλων και εκπαίδευση. Εκπαίδευση και των επαγγελματιών υγείας αλλά κυρίως της κοινότητας προκειμένου τα άτομα να αποκτήσουν γνώσεις και κίνητρα που θα οδηγήσουν στην ευαισθητοποίησή τους, στην αυτοπροστασία από βλαπτικούς παράγοντες της υγείας τους και στην αλλαγή συμπεριφοράς και την απόκτηση «*κουλτούρας υγείας*». Και είναι προφανές ότι το σημαντικότερο «*εργαλείο*» προς αυτή την κατεύθυνση είναι η αγωγή υγείας (Health Education) η διαδικασία δηλαδή που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις να υιοθετούν πρότυπα συμπεριφοράς τα οποία προάγουν τη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική ευεξία τους και επιτυγχάνει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου στον τομέα της προστασίας της υγείας του αλλά και της κοινότητας στην οποία ζει.

Η αγωγή υγείας με την ευρύτερη έννοια του όρου αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων και γι αυτό δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες. Μια «*αυστηρότερη*» προσέγγιση του όρου που χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο οδηγεί στην υιοθέτηση ότι αγωγή υγείας κατά κανόνα σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Πρακτικά όμως αγωγή υγείας είναι όλες εκείνες οι μέθοδοι και τα μέσα που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Προαγωγής Υγείας μέσω διαδικασιών που επιδιώκουν να διασφαλίσουν αλλαγή στις

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

πεποιθήσεις και τις αξίες (change in belief) αλλαγή στάσης (change in attitude) και αλλαγή συμπεριφοράς (change in behavior), δηλαδή με απλά λόγια η εκπαίδευση των ατόμων ώστε να αποκτήσουν ή να εγκαταστήσουν «υγιεινή» συμπεριφορά (healthy life style). Τα πιο αντιπροσωπευτικά προγράμματα αγωγής υγείας είναι αυτά που αναφέρονται στο κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, σεξουαλική συμπεριφορά, διατροφή, σωματική άσκηση, ατυχήματα, κ.α.).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η αγωγή υγείας δεν πρέπει να συγχέεται με άλλες παρεμφερείς διαδικασίες, όπως η απλή ενημέρωση που αναφέρεται στην μετάδοση γνώσεων από ειδικούς στο κοινό και την εκπαίδευση υγείας που αφορά κυρίως στη διδασκαλία σε ακαδημαϊκό περιβάλλον χωρίς να περιλαμβάνει την ενεργό συμμετοχή και τη μεταβολή συμπεριφοράς. Δεν είναι απλή επικοινωνία ή πληροφόρηση. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία με πολλαπλότητα μεθόδων και χρήση διαφορετικών γνωστικών πεδίων βασίζεται στην Κοινωνική Ιατρική και στην Επιδημιολογία στο βαθμό που στοχεύει κυρίως σε ομάδες πληθυσμού και όχι σε μεμονωμένα άτομα και στο βαθμό που τα φαινόμενα που μελετά και επεμβαίνει είναι κυρίως πληθυσμιακά φαινόμενα με σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις. Αντλεί όμως επίσης και από άλλες επιστήμες όπως της Εκπαίδευσης - Παιδαγωγικής της Κοινωνιολογίας και Ψυχολογίας, αλλά και της Επικοινωνίας και Πληροφόρησης, δεδομένου ότι απαιτούνται ειδικά επεξεργασμένες μέθοδοι προκειμένου να έχει τη δυνατότητα διαμόρφωσης ισχυρών καναλιών επικοινωνίας με το πληθυσμό στόχο και να επιτευχθεί η αναγκαία αμφίδρομη σχέση.

Η αγωγή υγείας δεν είναι μια απλή ενημέρωση και συσσώρευση γνώσεων σε εξειδικευμένα θέματα υγείας, αλλά αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, που προασπίζουν και προάγουν την υγεία μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Για το λόγο αυτό η αγωγή υγείας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, χρησιμοποιεί για την επίτευξη των στόχων της ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη (παθητική προσέγγιση) που περιλαμβάνει παραδοσιακές μεθόδους επικοινωνίας (διαλέξεις, ατομική διδασκαλία, μέσα μαζικής επικοινωνίας, οπτικοακουστικά μέσα, εκπαιδευτική τηλεόραση κλπ) με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων και μια δεύτερη (ενεργητική

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

προσέγγιση) που περιλαμβάνει τη χρήση και αξιοποίηση πλέον σύνθετων τεχνικών ενεργητικής συμμετοχής και προγραμματισμένης εκμάθησης. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται διάφορες μέθοδοι και τεχνικές αλληλεπίδρασης όπως η συζήτηση, η έρευνα, τα ερωτηματολόγια, οι μελέτες περιπτώσεων αλλά και περισσότερο σύνθετες και εξειδικευμένες μεθόδους όπως η ανάπτυξη ικανοτήτων (skill development) τα ειδικά παιχνίδια, η παρατήρηση και αναζήτηση, η εργασία σε μικρές ομάδες του πληθυσμού (group work) η χρήση προτύπων και ο έλεγχος συμπεριφοράς.[45]

Η Αγωγή Υγείας βοηθά το κοινό να αναγνωρίσει τα προβλήματα υγείας, τις πολιτιστικές και κοινωνικές συνέπειές τους, καθώς και τις κατάλληλες ατομικές αποφάσεις και στρατηγικές της κοινότητας. Μελέτες των προσεγγίσεων της αγωγής υγείας έχουν δείξει ότι η ενεργητική συμμετοχή των μελών και η εκμάθηση μέσα από τη δράση, είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες οδηγούν σε υγιείς επιλογές.

Για να οδηγηθούν όμως οι πολίτες σε υγιείς επιλογές πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας μας το 83,75% των ερωτηθέντων γνωρίζει ποια είναι η μεσογειακή διατροφή και το 100% γνωρίζει τους κινδύνους του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Κύρια πηγή ενημέρωσης είναι και στην περίπτωση αυτή η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Παρόλα αυτά το 77,5% των ερωτηθέντων πιστεύει πως δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη σωστή διατροφή και την κατανάλωση αλκοόλ και το 68,8% αντίστοιχα για τη χρήση ναρκωτικών. Αντίθετα για το κάπνισμα το 100% πιστεύει πως υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος.

Αρχικά, τα προγράμματα αγωγής υγείας συγκέντρωναν την προσοχή τους στο άτομο, προσπαθώντας να αλλάξουν τη στάση και τη συμπεριφορά του, χωρίς όμως να λαμβάνουν υπόψη τις επιδράσεις του κοινωνικού, πολιτισμικού και φυσικού περιβάλλοντος [46]. Σήμερα όμως έχει κατανοηθεί η σημασία της ένταξης του ατόμου σε ένα ευρύτερο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον, με στόχο να γίνουν κατανοητές όλες οι επιδράσεις που μπορεί να δέχεται η υγεία και αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία η Αγωγή Υγείας οφείλει να επικεντρωθεί. Η καλή υγεία οικοδομείται μέσα σε ένα πλαίσιο πολλών παραμέτρων, όπου οι άνθρωποι ζουν, επικοινωνούν, εργάζονται και διασκεδάζουν. Οι χώροι στους οποίους έχουν εφαρμογή τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι η οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον, ο χώρος εργασίας, η κοινότητα και κυρίως το σχολείο. Και τούτο διότι ο

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

ρόλος του σχολείου είναι καθοριστικός στη διαμόρφωση της στάσης και της συμπεριφοράς του ατόμου η οποία καθορίζεται στα πρώτα χρόνια της ζωής ενώ είναι γνωστό πως τα περισσότερα «σύγχρονα» νοσήματα προκαλούνται από την επίδραση παραγόντων που δρουν από τις μικρές ηλικίες και επιδέχονται διόρθωση. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες ελέγχονται απόλυτα με την ατομική ευθύνη π.χ. κάπνισμα, άλλοι λιγότερο, π.χ. διατροφή και άλλοι ελάχιστα, π.χ. περιβαλλοντική ρύπανση. Η αγωγή υγείας στον χώρο της εκπαίδευσης περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στη γνώση, στις στάσεις, στις αξίες και στη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία και στηρίζεται στην ενεργητική/ βιωματική μάθηση, με σκοπό την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των μαθητών/-τριών ενισχύοντας την υπευθυνότητα, την επικοινωνία, την αυτοπεποίθηση, την αυτοεκτίμηση, την προσωπικότητα και την ικανότητα του μαθητή για την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής.

Τη σημασία της εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο αποδέχονται σε ποσοστό 100% οι ερωτηθέντες στην έρευνα μας οι οποίοι πιστεύουν ότι υπάρχει αναγκαιότητα να εφαρμοσθούν ολοκληρωμένα προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία για τη διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και τον προληπτικό έλεγχο, εκτιμώντας ότι αν και σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν τέτοια προγράμματα δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικά. Απαιτείται όμως συστηματική εποπτεία και αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων και δράσεων. Η έλλειψη αξιολόγησης των δραστηριοτήτων που υλοποιούνται από τους φορείς είναι ένα ζήτημα το οποίο πρέπει να λάβουν υπόψη τους οι αρμόδιοι φορείς. [18]. Η Αγωγή Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο, το μαθητή, τον εκπαιδευτή, τους γονείς και την κοινωνία. Το σχολείο και η οικογένεια μπορούν να αποτελέσουν τους χώρους όπου το πρώτο βήμα παρεμβάσεων αγωγής υγείας, με χαμηλό κόστος εφαρμογής και αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας, μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Η σημασία της ενημέρωσης για τους παράγοντες κινδύνου και για τον προληπτικό έλεγχο θεωρείται από τους ερωτηθέντες πάρα πολύ σημαντική σε ποσοστό 81,25 % και πολύ σημαντική σε ποσοστό 18,75 %. Τα ίδια ποσοστά ισχύουν και για τη σημασία εφαρμογής των προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία. Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων εκτιμά ότι την ευθύνη για την ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου και για τον προληπτικό έλεγχο και για την εφαρμογή

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία, πρέπει να τη έχουν τα Υπουργεία Υγείας και Παιδείας.

Είναι διαπιστωμένο ότι στη χώρα μας υπολειπόμαστε στο σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων γενικότερα. Ειδικότερα στον τομέα της πρόληψης έχει αγνοηθεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας ότι το σπουδαιότερο όπλο της προληπτικής ιατρικής είναι η εκπαίδευση σε θέματα υγείας ατόμων και ομάδων που βοηθά στην ευαισθητοποίησή τους, στην αυτοπροστασία από βλαπτικούς παράγοντες της υγείας τους και στην απόκτηση γνώσεων, κινήτρων και συμπεριφοράς που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας τους. Προγράμματα αγωγής υγείας στη χώρα μας υλοποιήθηκαν για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1980, αρχικά από τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς (με το πρόγραμμα «Νιάτα και Υγεία») και τη Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης. Το Υπουργείο Υγείας «εμπλέκεται» το 1992 όταν με τις διατάξεις των άρθρων 31 έως 38 του Νόμου 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», προβλέφθηκε η σύσταση της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.) ως συμβουλευτικού οργάνου προγραμματισμού και μελέτης σε θέματα αγωγής υγείας, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος λειτουργίας της καθώς και η θέσπιση Νομαρχιακών Επιτροπών Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.) στην έδρα κάθε νομού πλην της περιοχής Αττικής (για την οποία οι αρμοδιότητες της Νομαρχιακής Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας θα ασκούνταν από την Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας). Παρότι οι διατάξεις αυτές είναι ακόμη ενεργείς στην πράξη έχουν «καταργηθεί» και στο οργανόγραμμα του Υπουργείου δεν υπάρχει όχι Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας, αλλά ούτε καν Γραφείο Αγωγής Υγείας τόσο στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής όσο και στις υπόλοιπες Διευθύνσεις του Υπουργείου<sup>5</sup>, χαρακτηριστικό παράδειγμα και αυτό της ασυνέχειας που διακρίνει τη δημόσια ζωή στη χώρα μας και ειδικότερα στα θέματα χάραξης και υλοποίησης πολιτικής υγείας. Η μόνη αναφορά στην αγωγή υγείας στο portal του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι μια ιστοσελίδα με τον τίτλο αγωγή υγείας<sup>6</sup> στην οποία το μόνο που υπάρχει είναι ορισμένα όχι καλής ποιότητας «φυλλάδια» (σε

<sup>5</sup> Οργανόγραμμα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης <http://www.yyka.gov.gr/articles/ministry/organogramma/99-organogramma-toy-yπουργειou-ygeias-kai-koinwnikh-s-allhleggyhs>

<sup>6</sup> Αγωγή Υγείας <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/agogi-ygeias>

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

μορφή PDF) ενημερωτικού χαρακτήρα αρχείου για το ευρύ κοινό που αναφέρονται στον καρκίνο της μήτρας και την αξία του ΠΑΠ τεστ, το κάπνισμα, τα ατυχήματα στο σπίτι, την αντισύλληψη, τα προστατευτικά μέτρα για τον καύσωνα και τη μηνιγγίτιδα.

Σήμερα προγράμματα αγωγής υγείας υλοποιούνται κυρίως από το Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων το οποίο έχει την ευθύνη της εφαρμογής τους στα σχολεία με στόχο «... να συμβάλλει πραγματικά το σχολείο μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στην αλλαγή στάσης και συμπεριφορές των μαθητών/τριών, με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής...», όπως πληροφορεί η σχετική ιστοσελίδα του Υπουργείου<sup>7</sup>. Εκτός όμως από το Υπουργείο Παιδείας προγράμματα Αγωγής Υγείας υλοποιούνται και από άλλα Υπουργεία όπως το Εθνικής Άμυνας (προγράμματα Αγωγής Υγείας προς τους στρατευμένους από υγειονομικούς αξιωματικούς), το Προστασίας του Πολίτη (ενημερωτικά προγράμματα), το Εργασίας, το Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, πολλούς άλλους φορείς, όπως οι Δήμοι (κυρίως μέσω των δημοτικών ιατρείων), Επιστημονικές Εταιρείες (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Ελληνική Εταιρεία Διατροφής, Εταιρεία Κοινωνικής Ιατρικής, κλπ), κοινωνικοί φορείς και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Είναι προφανές ότι πρόκειται για αποσπασματικές δράσεις χωρίς συντονισμό και κεντρική εποπτεία και έλεγχο

Για να ελπίζουμε σε κάποια βελτίωση στον τομέα της πρόληψης θα πρέπει να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με τον πληθυσμό και να προσδιορισθούν οι παράγοντες κινδύνου για τα χρόνια νοσήματα που επικρατούν στη χώρα μας να καθορισθούν οι δραστηριότητες προώθησης υγείας και πρόληψης αυτών των νοσημάτων ασθενειών βασισμένες στις ανάγκες του πληθυσμού της χώρας. Και θα πρέπει να αρχίσει άμεσα η εφαρμογή κεντρικά σχεδιασμένων υπό την εποπτεία της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εθνικών προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου, όπως σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, προκειμένου η χώρα μας να κερδίσει το χαμένο έδαφος και να

---

<sup>7</sup> Το Εκπαιδευτικό Σύστημα / Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση / Αγωγή Υγείας  
[http://archive.minedu.gov.gr/el\\_ec\\_page413.htm](http://archive.minedu.gov.gr/el_ec_page413.htm)

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

βαδίζει επιτέλους στο δρόμο της προαγωγής υγείας που έχει χαράξει ο ΠΟΥ, όπως προβλέπουν άλλωστε και οι δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2013 που ακόμη δεν έχουν υλοποιηθεί παρόλο που υπάρχει η δυνατότητα χρηματοδότησης από το ΕΣΠΑ.

Η ενδιαφέρουσα πρόταση για τη διενέργεια των Εθνικών Προγραμμάτων Προσυμπτωματικού Ελέγχου [40] σε ενήλικο πληθυσμό

- α) για καρκίνο του μαστού σε 445.652 γυναίκες 50-70 ετών, κάθε 3 έτη (κλινική εξέταση και μαστογραφία)
- β) για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε 1.102.045 γυναίκες, ηλικίας 25 έως 64 ετών κάθε 3 έτη (κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου και σε περίπτωση θετικών ή διφορούμενων αποτελεσμάτων γενετική δοκιμασία HPV (HPV DNA test)
- γ) για καρκίνο του εντέρου σε 723.536 άνδρες και γυναίκες 50 έως 69 κάθε 2 έτη (διενέργεια της δοκιμασίας λανθάνουσας αιμορραγίας των κοπράνων)
- δ) για ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής σε 55.758 άνδρες με τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας (υπερηχογράφημα) και
- ε) Εθνικό πρόγραμμα αγγειακών ελέγχων σε 665.041 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40 έως 74 ετών για την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη και παθήσεων του νεφρού καθώς και την αποτροπή εγκεφαλικών επεισοδίων (μέτρηση αρτηριακής πίεσης και δείκτη μάζας σώματος καθώς και για τη διεξαγωγή εργαστηριακών ελέγχων χοληστερόλης, και γλυκόζης ή κρεατινίνης εφόσον αυτοί κριθούν απαραίτητοι).

με κόστος περίπου σαράντα τεσσάρων (44) εκατομμυρίων ευρώ σε ετήσια βάση ίσου με το 0,3% των δημοσίων δαπανών για υγεία στην Ελλάδα, δεν μπορεί να θεωρηθεί απαγορευτικό, ακόμη και στην περίοδο της δημοσιονομικής δυσχέρειας που έχει η χώρα μας, προκειμένου να διασφαλίζεται η διενέργεια προληπτικών εξετάσεων σε περίπου 3.000.000 άτομα ετησίως.

Εάν ο Υπουργός Υγείας πιστεύει, όπως ήδη αναφέρθηκε, ότι η πρόληψη κατά των νοσημάτων «...αποτελεί αιχμή του δόρατος του ΕΣΥ...» όπως δήλωσε στη συνέντευξη με το Δήμαρχο Αθηναίων στις 13 Ιουλίου 2011 ας ενεργοποιήσει τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης Φ7/οικ.1624 του 1999 για την **υποχρεωτική παροχή** υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής για τους ασφαλισμένους του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και για τα μέλη των οικογενειών τους. Το



## Συμπεράσματα -Προτάσεις

---

κόστος, όπως είχε προβλεφθεί (περίπου 65.000.000 δρχ.) επίσης δεν είναι απαγορευτικό.

Και κυρίως ας αναλάβει την πρωτοβουλία ίδρυσης Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που θα έχει ως κύρια αρμοδιότητα το συντονισμό σε εθνικό επίπεδο της αναγκαίας διατομεακής δράσης για την εκπόνηση και εφαρμογή σύγχρονων και ολοκληρωμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας κυρίως στα σχολεία. Άλλωστε σε όλα σχεδόν τα ειδικά Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία υπάρχουν άξονες δράσεις που αφορούν στην «Αγωγή Υγείας» στα σχολεία αλλά και «Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση». Είναι βέβαιο ότι αυτό θα βοηθήσει τη νέα γενιά της χώρας μας να ευαισθητοποιηθεί στην αναγκαιότητα αυτοπροστασίας από βλαπτικούς παράγοντες της υγείας της και στην απόκτηση γνώσεων, κινήτρων και συμπεριφοράς που θα της επιτρέψουν να φροντίζει την υγεία της , ώστε να αισθάνεται καλύτερα, να αποδίδει περισσότερα στην εργασία και στο κοινωνικό σύνολο και να και να προσεγγίσει το όραμα του ΠΟΥ για «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία».

## Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting health life. Geneva: WHO; 2002 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
2. Economou C. Greece: Health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
3. Contento I. Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers; 2007
4. Μπέκ Ουρ. (μετάφρ. Γ. Παυλόπουλος) Τι είναι παγκοσμιοποίηση ; Λανθασμένες αντιλήψεις και απαντήσεις. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη ;2002
5. Lee K. Buse K. Fustukian S. Health Policy in a Globalising World. Cambridge : Cambridge University Press; 2002
6. Allsop J. Health Policy and National Health Service. London: Longman Publications ; 1984
7. Οικονόμου Χ. Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Αθήνα : Εκδόσεις Διόνικος ; 2004
8. World Health Organization. HEALTH21: An introduction to the health for all policy frameworks for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
9. Χούκλη Μ. Ευρωπαϊκή Ένωση και Δημόσια Υγεία Αρμοδιότητες και Πολιτικές 2η έκδ . Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce ;2008

10. OECD, New directions in health care policy. OECD: Paris; 1995
11. Liaropoulos L. Health care policy in Greece: a new and promising reform. Euro Observer, 2001; 3 (2): 5-6 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο  
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol3no2.pdf>  
ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
12. Jean de Kervasdoué. Health care system in Greece Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece. OECD: Paris; 2009
13. Economou Ch. Giorno Cl., Improving the performance of the public health care system in Greece. Paris: OECD; 2009 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο  
<http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=eco/wkp%282009%2963&doclanguage=en> ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
14. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης . Εθνικό σχέδιο δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012. Αθήνα : ΥΥΚΑ; 2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο  
<http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs?fdl=230> ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
15. World Health Organization .Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion.Ottawa: WHO;1986 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 1/3/2011
16. World Health Organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Geneva: WHO Press; 2009 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο  
[http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf)  
ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

17. Κορνάρου Ε Ρουμελιώτη Α. Η Δημόσια υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Θέματα επιδημιολογίας μεθοδολογίας της έρευνας και στατιστικής. Αθήνα.: Εκδόσεις Παπαζήσης ;2007
18. Cohen L, Chávez V, Chehimi S. Prevention is primary Strategies for Community Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass; 2007
19. Κωνσταντοπούλου Αικ., Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα.2004; διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.archive.gr/news.php?readmore=98> ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
20. Παπαδόπουλος Α. Η έννοια της πρωτογενούς πρόληψης. σε Μαντζουράτος Δ. Παπαδόπουλος Στ. Ι.(επιμ.) Πρακτικά της Ημερίδας Πρωτογενής Πρόληψη Παθήσεων. 11/09/2009 : Αθήνα. Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος και Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής. Αθήνα. σελ. 12-15 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.oatye.gr/img/praktika2010.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
21. Αδαμακίδου Θ. Καλοκαιρινού Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2008; 47(3): 320-333 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=69](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=69) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011
- 22 Τούντας Γ. Καρνάκη Π. Παβή Ε. Παπαδοπούλου Ν. Σουλιώτης Κ. Τουλούμη Γ. και συν. Η Υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1986-2006. Αθήνα :Εκδόσεις Παπαζήσης ;2009
23. Τούντας Γ. Παράγοντες Πρωτογενούς Πρόληψης στον Ελληνικό Πληθυσμό. σε Μαντζουράτος Δ. Παπαδόπουλος Στ. Ι.(επιμ.) Πρακτικά της Ημερίδας Πρωτογενής Πρόληψη Παθήσεων. 11/09/2009 : Αθήνα. Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος και Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής. Αθήνα. σελ. 16-17 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.oatye.gr/img/praktika2010.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

24. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα , Μέρος 1<sup>ο</sup> Επίπεδο–Συνήθειες σχετιζόμενες με την υγεία. Αθήνα: ΕΣΔΥ ; 2006 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/Epipedo\\_Ygeias.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/Epipedo_Ygeias.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

25. World Health Organization. Highlights on health in Greece 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/103220/GRE\\_Highlights.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/103220/GRE_Highlights.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

26. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης . Εθνικό σχέδιο δράσης για τη Διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές 2008-2012. Αθήνα : ΥΥΚΑ;2008

διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/DIATROFH\\_TELIKO.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/DIATROFH_TELIKO.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

27. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης .Εθνικό σχέδιο δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012 Αθήνα :ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

<http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/kapnisma.pdf>

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

28. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οιοσπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα 2010. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ; 2010 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA%20EKTHESI\\_2010.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA%20EKTHESI_2010.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

29. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης .Εθνικό σχέδιο δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/NARKOTIKA\\_TELIKO\\_LOW.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/NARKOTIKA_TELIKO_LOW.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

30. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία 2008-2012 Αθήνα :ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ALCOOL\\_TELIKO.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ALCOOL_TELIKO.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

31. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Εθνικό σχέδιο δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία 2008 – 2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/PERIBALLON\\_TELIKO\\_LOW.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/PERIBALLON_TELIKO_LOW.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

32. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον Καρκίνο 2008 – 2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/karkinos\\_teliko.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/karkinos_teliko.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

33. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό σχέδιο δράσης για τα Καρδιαγγειακά νοσήματα 2008-2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/KARDIAGIAKAlow.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

34.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό σχέδιο δράσης για τα Ατυχήματα 2008-2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ATYXHMATA\\_TELIKO.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ATYXHMATA_TELIKO.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

35. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό σχέδιο δράσης για το HIV/ AIDS 2008-2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/AIDS\\_TELIKO.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/AIDS_TELIKO.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

36. European Centre for Disease Prevention and Control .Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe: Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries. Stockholm : ECDC ; 2007 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0706\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_2007.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0706_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2007.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 1/3/2011

37. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Εθνικό σχέδιο δράσης για την πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012 Αθήνα : ΥΚΚΑ;2008 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/METADOTIKA\\_TELIKO.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/METADOTIKA_TELIKO.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 01/03/2011

38. Milio N. Promoting Health Through Public Policy. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1989

39. Καφάτος Α. Κάλλιον το προλαμβάνειν... Γιατί δεν το τηρούμε; Προληπτική Ιατρική: Ιστορία και στόχοι ΤΟ ΒΗΜΑ, 27 Ιανουαρίου 2008. διαθέσιμο στο δικτυακό

τόπο <http://www.tovima.gr/science/article/?aid=186460> ημερομηνία επίσκεψης 12/12/2011

40. Σκρουμπέλος Αν. Κυριόπουλος Γ. Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα. Αθήνα : Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Τομέας;2010 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο

[http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%85%CE%BC%CF%84%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D%20%CE%95%CE%B%CE%AD%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%85.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%85%CE%BC%CF%84%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D%20%CE%95%CE%B%CE%AD%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%85.pdf)

ημερομηνία επίσκεψης 12/12/2011

41. Δραγασάκη Μ. Πρόληψη καρκίνου μαστού και καρκίνου τραχήλου μήτρας: Διερεύνηση αναγκών στο γυναικείο πληθυσμό ευθύνης του Περιφερειακού Ιατρείου Γαλάτιστας. Ιατρική Σχολή

Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. 2009: Διπλωματική εργασία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία» διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://invenio.lib.auth.gr/record/122937/files/Dragasaki%20diplomatiki.pdf?version=1> ημερομηνία επίσκεψης 12/12/2011

42. Blanks RG., Moss SM., McGahan CE., Quinn MJ., Babb PJ.. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990–8: comparison of observed with predicted mortality. British Medical Journal 2000;321:665–669

43. Hakama M., Pukkala E., Heikkila M., Kallio M. Effectiveness of the public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study. British Medical Journal 1997; 314: 864–867

44. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Απόφαση Φ7/οικ.1624 «Υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής που παρέχονται στους ασφαλισμένους του Δημοσίου και των Ασφαλιστικών Οργανισμών» ΦΕΚ τεύχος Β 2053/24-11-99 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.et.gr/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=104&lang=el](http://www.et.gr/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=104&lang=el) ημερομηνία επίσκεψης 12/12/2011

45. Τούντας Γ. Προαγωγή υγείας 2006 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469> ημερομηνία επίσκεψης 16/12/2011

46 . Στάππα-Μουρτζίνη Μ. Αγωγή Υγείας Βασικές αρχές σχεδιασμός προγράμματος. Αθήνα: ΟΕΔΒ ; 2007 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://dipe-a-athin.att.sch.gr/0303\\_Agogi\\_ygeias.pdf](http://dipe-a-athin.att.sch.gr/0303_Agogi_ygeias.pdf) ημερομηνία επίσκεψης 16/12/2011



## Παράρτημα Α



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διανέμεται για ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών « Διοίκηση της Υγείας» για τη διπλωματική εργασία με θέμα « Η πρόληψη στην Ελλάδα». Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές.

### Δημογραφικά στοιχεία

#### **Φύλο**

- Άντρας
- Γυναίκα

#### **Ηλικία**

- 18-30
- 31-42
- 43-55
- 56-67
- 68 και άνω

#### **Εκπαίδευση**

- Απόφοιτος δημοτικού-γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Απόφοιτος ΤΕΙ-ΑΕΙ
- Απόφοιτος Μεταπτυχιακών/Διδακτορικών Σπουδών
- Άλλο

#### **Μηνιαίο εισόδημα (ευρώ)**

- 0-500
- 501-1000
- 1001-1500
- 1501-2000
- 2001 και άνω

**1. Ποιες είναι οι δύο κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα ;**

- A.
- B.

**2. Αναφέρετε 3 παράγοντες κινδύνου που κατά την γνώμη σας σχετίζονται με τα νοσήματα που προαναφέρατε.**

- A.
- B.
- Γ.

**3. Από που έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου ;**

- Τηλεόραση –Ραδιόφωνο
- Φίλοι –οικογένεια
- Internet
- Γιατρό –επαγγελματία υγείας
- Καμπάνιες/ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**4. Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου ;**

- Ναι
- Όχι

**5. Γνωρίζετε ποια είναι η μεσογειακή διατροφή, η οποία θεωρείται προστατευτική για την υγεία;**

- Ναι
- Όχι

**6. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με την μεσογειακή διατροφή ;**

- Τηλεόραση –Ραδιόφωνο
- Φίλοι –οικογένεια
- Internet
- Γιατρό –επαγγελματία υγείας
- Καμπάνιες/ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**7. Γνωρίζετε τους κινδύνους του καπνίσματος;**

- Ναι
- Όχι

**8.Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος;**

- Τηλεόραση –Ραδιόφωνο
- Φίλοι –οικογένεια
- Internet
- Γιατρό –επαγγελματία υγείας
- Καμπάνιες/ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**9. Γνωρίζετε τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ;**

- Ναι
- Όχι

**10.Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ;**

- Τηλεόραση –Ραδιόφωνο
- Φίλοι –οικογένεια
- Internet
- Γιατρό –επαγγελματία υγείας
- Καμπάνιες/ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**11 . Γνωρίζετε τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών ουσιών;**

- Ναι
- Όχι

**12.Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών ουσιών;**

- Τηλεόραση –Ραδιόφωνο
- Φίλοι –οικογένεια
- Internet
- Γιατρό –επαγγελματία υγείας
- Καμπάνιες/ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**13. Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με :**

- α. τη διατροφή,**  Ναι  Όχι
- β. το κάπνισμα,**  Ναι  Όχι
- γ. την κατανάλωση αλκοόλ ,**  Ναι  Όχι
- δ. τη χρήση ναρκωτικών ουσιών;**  Ναι  Όχι

**14. Αναφέρετε 3 τεστ προληπτικού ελέγχου, που γνωρίζετε.**

- A.
- B.
- Γ.

**15. Σας αναφέρω ενδεικτικά 2 τεστ προληπτικού ελέγχου, ένα για γυναίκες, το τεστ Παπανικολάου (PAP test) και ένα για άνδρες τη μέτρηση του προστατικού αντιγόνου (μέτρηση PSA). Αν γνωρίζετε συμπληρώστε από ποια ηλικία και με ποια συχνότητα πρέπει να γίνονται ;**

**A. PAP test**

**Έναρξη εξέτασης**

- Από την ηλικία 18
- Από την ηλικία των 30
- Από την ηλικία των 40

**Συχνότητα**

- Κάθε χρόνο
- Κάθε 3 χρόνια
- Κάθε 5 χρόνια

**B. μέτρηση PSA**

**Έναρξη εξέτασης**

- Από την ηλικία των 30
- Από την ηλικία των 40
- Από την ηλικία των 50

**Συχνότητα**

- Κάθε χρόνο
- Κάθε 3 χρόνια
- Κάθε 5 χρόνια

**16. Από πού έχετε ενημερωθεί για τον προληπτικό έλεγχο ;**

- Τηλεόραση –Ραδιόφωνο
- Φίλοι –οικογένεια
- Internet
- Γιατρό –επαγγελματία υγείας
- Καμπάνιες/ενημερωτικά φυλλάδια Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**17. Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο;**

- Ναι
- Όχι

**18. Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία**

**18α. σχετικά με την σωστή διατροφή;**

- Ναι
- Όχι

**18β. σχετικά τους κινδύνους του καπνίσματος;**

- Ναι
- Όχι

**18γ. σχετικά με τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ;**

- Ναι
- Όχι

**18δ. σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης ναρκωτικών;**

- Ναι
- Όχι

**19. Πιστεύετε ότι υπάρχει αναγκαιότητα για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο;**

- Ναι
- Όχι

**20. Πόσο σημαντική είναι κατά την γνώμη σας η ενημέρωση του πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο;**

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

**21. Πόσο αναγκαίος είναι κατά την γνώμη σας ο σχεδιασμός και η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία για τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο, ώστε να υιοθετηθεί ένας υγιεινότερος τρόπος ζωής;**

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

**22. Κατά την γνώμη σας η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο είναι ευθύνη :**

- Οικογένειας
- Σχολείου
- Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Γιατρών –επαγγελματιών υγείας
- Μέσων μαζικής Ενημέρωσης

**23. Ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τον προληπτικό έλεγχο είναι ευθύνη :**

- Οικογένειας
- Σχολείου
- Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Υπουργείου Παιδείας
- Γιατρών –επαγγελματιών υγείας
- Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ