



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας
στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών**

Μακροδημήτρη Πηγελόπη

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ.Γιάγκος Λαβράνος

Αθήνα, Μάιος 2015

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο Οφθαλμιατρείο
Αθηνών

Μακροδημήτρη Πηνελόπη

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Γιάγκος Λαβράνος

Αθήνα, Μάιος 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο
Οφθαλμιατρείο Αθηνών**

Πηνελόπη Μακροδημήτρη

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Γιάγκος Λαβράνος

Αθήνα, Μάιος 2015

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Γιάγκο Λαβράνο για την καθοδήγηση και υποστήριξη που μου έχει προσφέρει καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγο μου Τάσο για την υποστήριξη και βοήθεια που μου έχει προσφέρει , τους γονείς μου και τη Νοσηλεύτρια των λοιμώξεων κ. Αλεξίου Πηνελόπη για την πολύτιμη βοήθεια της.

Τελειώνοντας ευχαριστώ τους νοσηλευτές του Ειδικού Νοσοκομείου Οφθαλμιατρείου που συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	14
1. 1. Ιστορική αναδρομή.....	14
1.2. Τι είναι εμβόλιο	16
1.2.1. Ασφάλεια- Προϋποθέσεις.....	17
1.3. Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμού παιδιών εφήβων και ενηλίκων	18
1.3.1. Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμού παιδιών και Εφήβων.....	18
1.3.2. Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων.....	19
1.3.3. Υπηρεσίες Εμβολιασμών.....	20
1.4. Μηχανισμός δράσης εμβολίων	22
1.5. Ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό	23
1.5.1. Ηπατίτιδα Α και Β	23
1.5.2. Διφθερίτιδα	25
1.5.3. Τέτανος	26
1.5.4. Κοκκύτης.....	27
1.5.5. Μηνιγγιτιδόκοκκος – Πνευμονιόκοκκος – Αιμόφιλος Ινφλουέντζας.....	27
1.5.6. Ιλαρά.....	28
1.5.7. Ερυθρά.....	29
1.5.8. Παρωτίτιδα.....	29
1.5.9. Γρίπη.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	32
2.1. Στοιχεία για τον Παγκόσμιο Εμβολιασμό	32
2.2. Σχέση κόστους-ωφέλειας.....	35
2.3. Ενδείξεις Εμβολιασμού.....	36
2.4. Αντενδείξεις Εμβολιασμού	37
2.5. Παρενέργειες.....	38
2.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την Εμβολιαστική Κάλυψη.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	41
3.1. Ποσοστά Εμβολιαστικής Κάλυψης Ενηλίκων.....	41

3.2. Ποσοστά Εμβολιαστικής Κάλυψης Επαγγελματιών Υγείας	42
3.3. Στρατηγικές αύξησης της Εμβολιαστικής Κάλυψης των Επαγγελματιών Υγείας	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	47
4.1. Ερευνητική Υπόθεση, Υλικό και Μέθοδος	47
4.1.1. Ερευνητική Υπόθεση	47
4.1.2. Σκοπός της έρευνας	48
4.1.3. Προσδοκώμενα αποτελέσματα	48
4.1.4. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	49
4.1.5. Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας	50
4.2 Υλικό και Μέθοδος	50
4.2.1. Σχεδιασμός της έρευνας	50
4.2.2. Δείγμα	52
4.2.3. Διαδικασία αδειοδότησης	52
4.2.4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων	52
4.2.5. Διαδικασία διανομής και συλλογής δεδομένων	53
4.2.6. Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.....	53
4.2.7. Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	54
5.1. Αποτελέσματα.....	54
5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία	54
5.1.2. Γνώσεις που αφορούν στην Εμβολιαστική Κάλυψη	58
5.1.3. Εμβολιαστική Κάλυψη	61
5.1.4. Απόψεις και στάσεις για θέματα εμβολιασμού	63
5.1.5. Επαγωγική ανάλυση	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	70
6.1. Συζήτηση- Συμπεράσματα	70
6.1.1. Συζήτηση	70
6.1.2. Συμπεράσματα	78
6.2. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης.....	81
6.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	89
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	95
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	104

ΦΥΛΛΑΔΙΟ	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.....	108

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα προς διερεύνηση, κυρίως όσον αφορά στους λόγους που οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν να μην εμβολιαστούν, με αποτέλεσμα τα ποσοστά εμβολιασμών μεταξύ των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας να παραμένουν χαμηλά.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι λόγοι που οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν να μην εμβολιαστούν είναι πολλοί. Ο κυριότερος όμως λόγος, είναι η ελλιπής ενημέρωση τόσο σε σχέση με του κινδύνους που ελλοχεύουν στις περιπτώσεις που ένας επαγγελματίας υγείας επιλέξει να μην εμβολιαστεί, όσο και σχετικά με τις παρενέργειες των εμβολίων. Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια να καταγραφούν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στο προσωπικό του Οφθαλμιατρείου Αθηνών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή σε σχέση με την ανακάλυψη και εφαρμογή των εμβολίων, καθώς και την πορεία τους μέχρι σήμερα. Ορίζεται το εμβόλιο, παρουσιάζονται τα χρονοδιαγράμματα εμβολιασμού παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και αναλύονται οι ασθένειες που προλαμβάνονται μέσω του εμβολιασμού όσον αφορά τους ενήλικες επαγγελματίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης σε παγκόσμιο επίπεδο, οι αντενδείξεις και οι παρενέργειες του εμβολιασμού καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται προγενέστερες έρευνες που αφορούν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στους ενήλικες και ειδικότερα τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στους επαγγελματίες υγείας καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτά τα ποσοστά.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας, ο σκοπός, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, η αναγκαιότητα της έρευνας και τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που οδήγησαν στο σχεδιασμό της παρούσας έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά όλες τις παραμέτρους που ερευνηθήκαν. Το τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη συζήτηση και σύγκριση με προηγούμενες μελέτες σχετικά με τον εμβολιασμό των επαγγελματιών υγείας και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης. Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας είναι παρόμοια με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν και παρουσιάζουν χαμηλά

ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στους επαγγελματίες υγείας κυρίως λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης σε θέματα ανοσοποίησης.

ABSTRACT

The issue of vaccination coverage among health professionals in Greece is a critical issue to be studied, particularly to explore the reasons that health professionals choose not to be vaccinated, resulting in low vaccination rates among Greek health professionals.

From the literature accrues that the reasons why healthcare professionals choose not to be vaccinated are numerous. The main reason, however, seems to be the lack of information both in relation to the risks posed where a health professional chooses not to be vaccinated, and the side effects of vaccines.

This paper attempts to record the vaccination coverage rates among the staff of The Eye Clinic of Athens and to explore the factors that affect every point of view.

The first chapter is a throwback in connection with the discovery and application of vaccines and their progress until nowadays. In this chapter is presented the definition of the vaccine, presents the children vaccination schedules, adolescents and adults according to the instructions of the World Health Organization and analyzes the diseases preventable through vaccination concerning adult health professionals.

The second chapter presents the statistics on the rates of vaccination coverage worldwide, the contraindications and the side effects of vaccination and factors affecting the vaccination coverage rates.

The third chapter presents previous research on vaccination coverage rates among adults, particularly concerning the rates of vaccination coverage among health professionals and factors which influence these rates.

The fourth chapter analyzes the methodology of the survey, the purpose, the expected results, the necessity of research and basic research questions which have led to the design of this study.

In the fifth chapter the results of the survey are presented in detail with respect to all parameters investigated.

The last chapter includes discussion and compares the results of this study with previous studies on vaccination of healthcare professionals and presented the conclusions of this study.

The conclusions of this research are similar to surveys conducted in the past and presents low percentage of vaccination coverage among healthcare professionals mainly due to incorrect information on immunization issues.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εμβολιασμοί ως μέσο προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα είναι μία από τις πιο αποτελεσματικές προληπτικές παρεμβάσεις της ιατρικής επιστήμης. Αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας και καθοριστικό μέσο για τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας. Ιδιαίτερα, στο χώρο της υγείας, οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες που μπορεί να αποφευχθούν με τον εμβολιασμό. Παράλληλα, οι χωρίς εμβολιαστική κάλυψη επαγγελματίες υγείας μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών τους και κυρίως αυτών που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου για σοβαρή νόσηση και θάνατο, όπως παραδείγματος χάρη νεογνά και άτομα με χρόνια νοσήματα. Για τους λόγους αυτούς, είναι απαραίτητος ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, ως βασικό μέσο για την προαγωγή της ασφάλειας και με τελικό στόχο την άμεση προστασία των εργαζομένων και την έμμεση προστασία των ασθενών. Στη χώρα μας συστήνεται ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας κατά της ηπατίτιδας Α και της ηπατίτιδας Β, της εποχικής γρίπης, της ιλαράς-πρωτίτιδας-ερυθράς, κατά της διφθερίτιδας-τετάνου, και κατά περίπτωση κατά του μηνιγγιτιδοκόκκου.

Με βάση τη βιβλιογραφία, στην Ελλάδα παρατηρείται μικρό ποσοστό συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας στις συστάσεις των ειδικών για εμβολιαστική κάλυψη και τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης είναι σε μη ικανοποιητικά επίπεδα (Κυριαζής, et al., 2009, Σαρίδη, et al., 2010). Η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας έναντι της εποχικής γρίπης είναι περίπου 23% (Dedoukou, et al., 2010). Ένα σημαντικό ποσοστό των νέων επαγγελματιών υγείας παραμένουν επίνοσοι ή μερικώς εμβολιασμένοι, όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη έναντι ιλαράς-ερυθράς-πρωτίτιδας, μηνιγγιτιδοκόκκου C και ηπατίτιδας Α (Maltezu, et al., 2010, Rachiotis, et al., 2010). Το ποσοστό των εμβολιασμένων έναντι της Ηπατίτιδας Β κυμαίνεται περίπου στο 56% (Κυριαζής, et al., 2009). Ο κύριος λόγος άρνησης εμβολιασμού αφορά στην ασφάλεια των εμβολίων (Maltezu, et al., 2010) και ακολουθούν το έλλειμμα γνώσης για τη νόσο και τις επιπτώσεις της και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων εμβολίων (Μπροκαλάκη, 2009). Παρόλα αυτά, το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας συμβάλλει θετικά στην αύξηση του ποσοστού του εμβολιασμού (Σαρίδη, et al., 2010). Επίσης η ενημέρωση και η εκπαίδευση μπορούν να συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στη σημαντική αύξηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης (Κυριαζής, et al., 2009, Μπροκαλάκη, 2009, Σαρίδη, et al., 2010).

Ο σκοπός της διατριβής αυτής είναι να καταγράψει την έκταση της εμβολιαστικής κάλυψης

των επαγγελματιών υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών. Η κάλυψη θα μελετηθεί αναφορικά με συγκεκριμένα εμβόλια [Ηπατίτιδα Α, Ηπατίτιδα Β, MMR (ίλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα), Γρίπης, Πνευμονιόκοκκου, Διφθερίτιδας-Τετάνου]. Εκτός της κάλυψης αυτής, θα μετρηθούν συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται και ενδεχομένως επιδρούν σε αυτή. Για παράδειγμα θα μετρηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις αναφορικά με τα μέτρα ατομικής προστασίας που πρέπει να λαμβάνει το προσωπικό (αν γνωρίζει τι πρέπει να κάνει κ.λ.π.).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. 1. Ιστορική αναδρομή

Ο εμβολιασμός, αποτελεί πολύ παλιά πρακτική για την πρόληψη των ασθενειών ως καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισής τους σε σχέση με οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή. Η πρακτική του εμβολιασμού χρησιμοποιείται από τα αρχαία χρόνια με διάφορους τρόπους. Στην Κίνα και την Ινδία εφαρμόζονταν συστηματικά εμβολιασμός κατά της ευλογιάς, είτε με την τοποθέτηση εφελκίδων από τις δερματικές βλάβες των ασθενών, μέσα στη μύτη των παιδιών, είτε ντύνοντας τα παιδιά με μολυσμένα ρούχα ασθενούς. Με αυτές τις μεθόδους όμως, ο κίνδυνος να ασθενήσουν ήταν σοβαρός και πολλά παιδιά είχαν πεθάνει από τις πρακτικές αυτές. Το πρώτο εμβόλιο που αναφέρεται στην Ιστορία της Ιατρικής είναι το εμβόλιο εναντίον της ευλογιάς. Το 1796 ο Βρετανός παθολόγος Edward Jenner (1749-1823) παρατήρησε ότι οι γυναίκες που άρμεγαν τις αγελάδες παρουσίαζαν φυσαλίδες στα χέρια τους (cowpox-δαμαλίτιδα) και δεν νοσούσαν από ευλογιά. Ο Jenner χρησιμοποίησε το υγρό από τις φυσαλίδες αυτές και εμβολίασε ένα οκτάχρονο αγόρι τον James Phipps. Ο James, όταν ήρθε σε επαφή με άτομα που έπασχαν από ευλογιά, δε νόσησε. Το πρώτο εμβόλιο αποτελούσε πλέον γεγονός (Περσιάνης, 2011, Κοτέλη, 2013).

Το πρώτο εμβόλιο όμως αποτελεί η ανακάλυψη του Louis Pasteur με την παρασκευή του εμβολίου της λύσσας, το 1885. Η περίοδος που ακολούθησε από το 1892 έως το 1927 χαρακτηρίζεται από τα άλματα που έγιναν στην ανακάλυψη νέων εμβολίων εναντίον των μικροβίων, ενώ στην περίοδο 1932-1949 ξεκινά η εποχή της ανακάλυψης των εμβολίων εναντίον ιών (Κοτέλη, 2005).

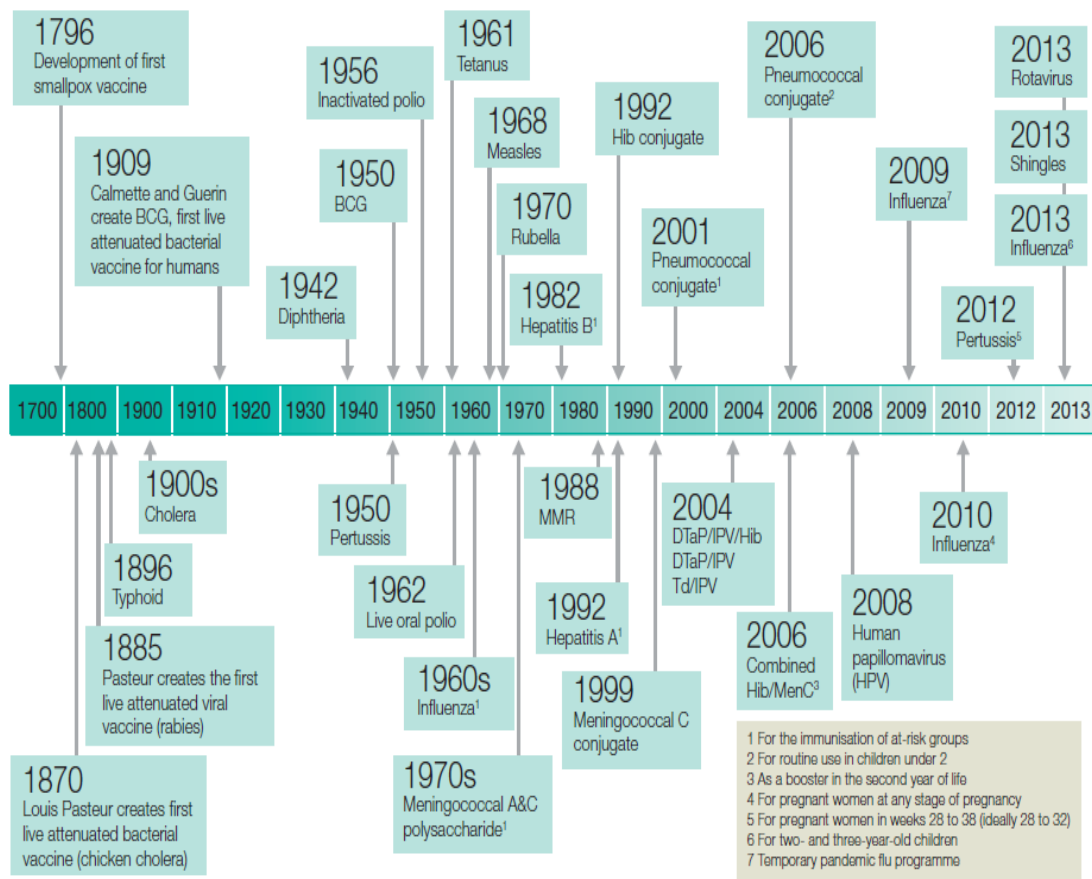
Την πραγματική επανάσταση αποτέλεσε ανακάλυψη από τους Enders, Weller και Robbins το 1949 μεθόδου καλλιέργειας ιών σε ιστούς διότι η μέθοδος αυτή επέτρεψε την παρασκευή όλων των νεότερων εμβολίων εναντίον των ιογενών νόσων, τα οποία χρησιμοποιούνται σήμερα. Με την ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας, θα επιτραπεί στο μέλλον η παρασκευή πολλών νέων εμβολίων με χαμηλό κόστος. Παράδειγμα τέτοιου εμβολίου είναι το νεότερο εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β, ενώ και πολλά άλλα εμβόλια βρίσκονται υπό μελέτη ή πρόκειται σύντομα να κυκλοφορήσουν.

Όσον αφορά στο παρόν, ο στόχος δεν είναι μόνο η παρασκευή νέων εμβολίων αλλά και η αναζήτηση τρόπων συνδυασμού των εμβολίων ώστε να αποφεύγονται οι πολλές ενέσεις, αλλά και η ανάπτυξη νέων, λιγότερο επώδυνων τρόπων χορήγησης των εμβολίων, όπως ενδορρινικά, με βοήθεια νεφελοποιητή ή με εφαρμογή δερματικών επιθεμάτων. Η ανάπτυξη της γενετικής τεχνολογίας σε αυτό τον τομέα, παρασκευάστηκαν εμβόλια τα οποία περιέχουν εξασθενημένους μικροοργανισμούς ή τμήματα αυτών ή ανασυνδιασμένο DNA μικροοργανισμών (EC, 2008).

Ένα από τα νέα εμβόλια που αποτέλεσε σημαντικό βήμα στην πρόληψη της νόσου, αποτελεί το εμβόλιο που αναπτύχθηκε για τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV). Το εμβόλιο αυτό ανήκει στις μεθόδους πρωτογενούς πρόληψης κατά του τραχήλου της μήτρας. Τα υπάρχοντα εμβόλια καλύπτουν τα στελέχη HPV 16/18 (Cervarix, GlaxoSmithKline) καθώς και επιπρόσθετα τα στελέχη 6/11 (Gardasil, Merck), τα οποία περιλαμβάνουν αντιγόνα του καρκινίου των HPV.

Το εμβόλιο χορηγείται σε τρεις δόσεις (1, 2 και 6 μήνες) στην ηλικία των 15-23 ετών και καλύπτει ένα χρονικό διάστημα 5-10 ετών, με την ισχυρότερη ανοσολογική απόκριση μετά από διάστημα 3,5 ετών (Καπράνος, 2012).

Στην **Εικόνα 1.1**, φαίνεται το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης και εφαρμογής των διαφόρων εμβολίων.



Εικόνα 1.1. Χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης και εφαρμογής εμβολίων

ΠΗΓΗ: ΡΗΕ, 2013

1.2. Τι είναι εμβόλιο

Εμβόλια ορίζονται οι βιολογικές ουσίες με τις οποίες θα επιτευχθεί η δημιουργία ή η ενίσχυση της ανοσολογικής μνήμης προς παθογόνους παράγοντες. Τα εμβόλια που χρησιμοποιούνται είναι δύο ειδών:

1. Τα εμβόλια τα οποία περιέχουν εξασθενημένους παθογόνους παράγοντες (δαμάλιος λύμφη, BCG, αντιλυσσικό, αντιπολιομυελιτικό εμβόλιο Sabin, ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδος).
2. Τα εμβόλια που περιέχουν ανατοξίνη (τοξοειδές) μικροβίων (αντιδιφθεριτικό, αντιτετανικό) (Μπενέτου & Ε., 1987).

Άλλη μια διάκριση των εμβολίων είναι τα πολυδύναμα και τα μονοδύναμα. Τα μεν πολυδύναμα, παρασκευάζονται από πολλά είδη μικροβίων ή μικροβιακών προϊόντων ή πολλούς ιούς ή τύπους ιών, όπως π.χ. το τριπλό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας – τετάνου και κοκκύτη, το τριδύναμο εμβόλιο Sabin κ.ά. Τα δε μονοδύναμα, παρασκευάζονται από ένα μόνο είδος μικροβίου ή προϊόντος αυτού, όπως το BCG και το αντιδιφθεριτικό (NIH, 2008).

Ο στόχος που επιτυγχάνεται μέσω του εμβολιασμού, είναι η πρόκληση ισχυρής ανοσολογικής αντίδρασης μακράς διάρκειας, η οποία μιμείται την αντίδραση μετά από φυσική λοίμωξη, αλλά χωρίς να τεθεί σε κίνδυνο ο οργανισμός του παιδιού ή του ενήλικα που κάνει το εμβόλιο. Για την παρασκευή τους τα μικρόβια ή οι ιοί που περιέχονται στο εμβόλιο απενεργοποιούνται εντελώς ή εξασθενούν, ώστε να καταπολεμηθούν εύκολα από το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα των βρεφών και των νηπίων, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται και η παραγωγή αντισωμάτων χρησιμεύσουν στον οργανισμό σε μελλοντική επαφή του με την πραγματική νόσο (Medzhitov & Janeway, 2000).

Οι εμβολιασμοί συγκαταλέγονται στα επιτυχέστερα μέσα που διατίθενται για την πρόληψη της νοσηρότητας. Συμβάλλουν σημαντικά στη συνεχή δικαίωση της προληπτικής ιατρικής, επειδή:

1. Προστατεύουν το εμβολιαζόμενο άτομο από τη δυνητική ανάπτυξη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων και
2. Μειώνουν τη διασπορά των λοιμώξεων στην ευρύτερη κοινότητα με το μηχανισμό της συλλογικής ανοσίας. Σύμφωνα με το μηχανισμό αυτό, όσο λιγότερα επίνοσα άτομα υπάρχουν στην κοινότητα, τόσο μικρότερη η δυνατότητα μετάδοσης της νόσου σε κάποιο άλλο άτομο. Επομένως, με τον εμβολιασμό δεν ωφελούνται μόνο τα άτομα που υπόκεινται σε αυτό το μέτρο πρωτογενούς πρόληψης, αλλά έμμεσα και όλα τα υπόλοιπα άτομα στην ίδια κοινότητα, επειδή μειώνεται ο πληθυσμός που μπορεί να τους μεταδώσει τη συγκεκριμένη νόσο.

1.2.1. Ασφάλεια- Προϋποθέσεις

Μετά την ανάπτυξη του εμβολίου, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σειρά δοκιμασιών έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι μπορεί να χορηγηθεί ασφαλώς στις ηλικιακές ομάδες που απευθύνεται. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1. **Ασφάλεια:** Να μην προκαλεί δηλαδή νόσο ή σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και να μη μεταδίδεται από το εμβολιασμένο άτομο σε άλλα ευαίσθητα άτομα
2. **Αποτελεσματικότητα:** Να προκαλεί δηλαδή μακράς διάρκειας ισχυρή ανοσία.
3. **Εύκολη παρασκευή:** Να παρασκευάζεται εύκολα και να μπορεί να μετρηθεί η αντισωματική απάντηση (NIH, 2008).
4. **Χαμηλό κόστος:** Να είναι οικονομικά προσιτό στο γενικό πληθυσμό.

Τα εμβολιαστικά προγράμματα προσφέρονται κατεξοχήν για αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-ωφέλειας των ιατρικών πράξεων, επειδή αφενός οι εμβολιασμοί είναι πράξεις προσδιοριστές και αφετέρου οι εκδηλώσεις των νοσημάτων για τα οποία γίνονται οι εμβολιασμοί εύκολα μπορούν να αναγνωριστούν.

Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι οικονομοτεχνικές αναλύσεις έχουν γίνει για τα εμβόλια της ιλαράς, της ερυθράς, της παρωτίτιδας, του κοκκύτη, της πολιομυελίτιδας, του αιμόφιλου της γρίπης τύπου b, της ηπατίτιδας B, του τετάνου κλπ.

Αν και οι ορισμοί και οι προσεγγίσεις που ακολουθούνται είναι διαφορετικές, όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι οι εμβολιασμοί συγκαταλέγονται στις αποτελεσματικότερες μεθόδους διάθεσης περιορισμένων πόρων για την υγεία. Για παράδειγμα, έχει υπολογιστεί από πρόσφατες μελέτες ότι για κάθε δολλάριο που επενδύεται, η ανταποδοτικότητα του εμβολίου της ιλαράς είναι \$11.90, της παρωτίτιδας \$6.70, της ερυθράς \$7.70 και του συνδυασμένου εμβολίου MMR \$14.40. Δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν πολλές άλλες προληπτικές δραστηριότητες που να παρουσιάζουν τόσο υψηλή ανταποδοτικότητα και σχεδόν καμιά τέτοια δραστηριότητα δεν βρίσκεται στο χώρο της θεραπευτικής ιατρικής.

1.3. Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμού παιδιών εφήβων και ενηλίκων

1.3.1. Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμού παιδιών και Εφήβων




Στην Ελλάδα, οι εμβολιασμοί πραγματοποιούνται με βάση το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών που φαίνεται στον Πίνακα 1.1.

Πίνακας 1.1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων (Υπουργείο Υγείας & Αλληλεγγύης, 2012)

Εμβόλιο	Ηλικία													
	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	11-12 ετών	13-18 ετών	
Ηπατίτιδας B ¹ (γέννηση)	HepB	HepB				HepB								
HepB για παιδιά που δεν εμβολιάζονται στη γέννηση			HepB	HepB	HepB (σύνολο 3 δόσεις)									
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακύτταρικό Κοκκύτου ²			DTaP	DTaP	DTaP			DTaP				DTaP	Tdap-IPV	
Αιμόφιλου Ινφλουέντζας B ³			Hib	Hib	Hib	Hib				Hib				
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ⁴			IPV	IPV		IPV						IPV		
Πνευμονόκοκκου ⁵			PCV	PCV	PCV	PCV				PCV 13 (μόνο για παιδιά που εμβολιάστηκαν με PCV-7 ή PCV-10)				
Μηνηγγιτιδόκοκκου ⁶			MCC	MCC				MCC						MCV4
Διαρρέας, Ερυθράς, Παρωτίτιδας								MMR					MMR	MMR
Ανεμυελογιάς ⁸								Ανεμ/γιάς					Ανεμ/γιάς	
Ηπατίτιδας A ⁹								Ηπατίτιδα A (2 δόσεις)					Ηπατίτιδα A	
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων ¹⁰														HPV
BCG ¹¹	BCG							Μαυταύκ					(Μαυταύκ) BCG	Μαυταύκ
Γρίπης ¹²														
Ροταϊού ¹³														

* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδυνάμων

** Τα εμβόλια κάτω από τη διακεκομμένη γραμμή είναι συνιστάμενα και όχι απαραίτητα

-  Δεν συστήνεται
-  Συστήνονται σε άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν ή που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου π.χ. υγείας, επαγγέλματος, τρόπου ζωής ή άλλη ένδειξη. ((βλ. Ομάδες Αυξημένου Κινδύνου και Πίνακες 2 & 3 με τις επεξηγήσεις τους)
-  Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας. Δηλαδή προηγθέντα εμβολιασμό ή προηγθείσα φυσική νόσηση.

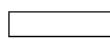
Στον παραπάνω πίνακα, αναφέρονται οι μικρότερες ηλικίες που συνιστάται η χορήγηση του κάθε εμβολίου, καθώς και οι δόσεις που είναι απαραίτητες για την πλήρη κάλυψη του ατόμου που εμβολιάζεται. Ο παραπάνω πίνακας, δεν ισχύει απόλυτα στις περιπτώσεις που κάποιο άτομο ανήκει σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις ενδέχεται να αλλάξει η σειρά των εμβολιασμών (Υπουργείο Υγείας & Αλληλεγγύης, 2012).

1.3.2. Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων

Το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμού για τους ενήλικες, που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, έχει καταρτιστεί με βάση τις διεθνείς οδηγίες εμβολιασμών και ακολουθείται στην περίπτωση που υπάρχουν ιατρικές ή άλλες ενδείξεις (βλέπε Πίνακα 2.2.).

Πίνακας 1.2. Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων (Υγείας & Αλληλεγγύης, 2011).

Εμβόλιο Ηλικία	19-26 ετών	27-49 ετών	50-59 ετών	60-64 ετών	≥ 65 ετών
Γρίπης ¹					1 δόση ετησίως
Τετάνου, Διφθερίτιδας, Κοκκύτη (Td,Tdap) ²	Αντικατάσταση μιας δόσης Td με Tdap (ή Tdap-IPV αν δεν υπάρχει) και στη συνέχεια 1 δόση Td ανά 10ετία				1 δόση Td ανά 10ετία
Ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR) ³	2 δόσεις				
Ανεμευλογιάς ⁴	2 δόσεις				
Ιού Ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ⁵	3 δόσεις για γυναίκες				
Πνευμονιοκόκκου (PCV13) ⁶					1 δόση PCV13
Πνευμονιοκόκκου (PPSV) ⁶	1 ή 2 δόσεις				
Μηνιγγιτιδοκόκκου (MnCV4) ⁷	1 ή περισσότερες δόσεις				
Ηπατίτιδας Α ⁸	2 δόσεις				
Ηπατίτιδας Β ⁹	3 δόσεις				
Έρπητα Ζωστήρα ¹⁰					1 δόση
Γρίπης ¹	1 δόση ετησίως				



Δεν συστήνονται



Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία, που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας, δηλαδή, προηγηθέντα εμβολιασμό ή προηγηθείσα φυσική νόσηση.



Συστήνονται για άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν ή που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου π.χ. λόγω υγείας, επαγγέλματος, τρόπου ζωής ή άλλης ένδειξης. (βλ. Ομάδες Αυξημένου Κινδύνου και Πίνακα 5 με τις επεξηγήσεις)

Σύμφωνα με τη Συμβουλευτική Επιτροπή Εμβολιασμού (ICIP) και τη Συμβουλευτική Επιτροπή Ελέγχου Μόλυνσης Νοσοκομείων (HICPAC), οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης λόγω της επαφής τους με νοσούντες ασθενείς και με μολυσματικό υλικό, θα πρέπει να καλύπτονται εμβολιαστικά για συγκεκριμένες νόσους όπως ιλαρά-παρωτίτιδα-ερυθρά, ηπατίτιδα Β, γρίπη, φυματίωση, διφθερίτιδα και τέτανο. Στην Ελλάδα, με βάση το ΦΕΚ 2053/24-11-99 που αφορά στην προληπτική ιατρική και το συνοπτικό ενημερωτικό φυλλάδιο του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υγείας & Αλληλεγγύης, 2011), ο επαναληπτικός εμβολιασμός πρέπει να γίνεται σε όλους τους ενήλικες και κυρίως στα άτομα υψηλού κινδύνου όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι απαραίτητο για την ασφάλειά τους να καλύπτονται εμβολιαστικά για συγκεκριμένες νόσους όπως ηπατίτιδα Β, γρίπη, φυματίωση, διφθερίτιδα και τέτανο.

1.3.3. Υπηρεσίες Εμβολιασμών

Σε διεθνές επίπεδο οι εμβολιασμοί πραγματοποιούνται από:

1. Δημόσιους Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Σταθμών Μητέρας-Παιδιού των ασφαλιστικών ταμείων,
2. Άλλους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, Διευθύνσεις Υγιεινής, Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία και Πολυϊατρεία ορισμένων Δήμων καθώς και
3. Ιδιώτες παιδίατρους, στους οποίους επιμερίζεται μεγάλο τμήμα της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού κυρίως πληθυσμού και αρκετών εφήβων.

Ειδικότερα στην Ελλάδα, οι εμβολιασμοί διεξάγονται στις παρακάτω υπηρεσίες:

1. Στους ιδιώτες παιδίατρους
2. Στα Κέντρα Υγείας
3. Στα Πολυϊατρεία ορισμένων Δήμων
4. Στα Αγροτικά Ιατρεία
5. Στα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του ΠΙΚΠΑ
6. Στους Σταθμούς Μητέρας - Παιδιού του ΙΚΑ
7. Στις Διευθύνσεις Υγιεινής

Οι υπηρεσίες που είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο και τη διεξαγωγή των εμβολιασμών στην Ελλάδα είναι:

1. Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας
2. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
3. Όλες τις Δ.Υ.ΠΕ. της χώρας
4. Όλες τις Περιφερειακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας
5. Όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας
6. Όλες τις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις
7. Ε.Ο.Φ.
8. Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΠΥΥ
9. Υπουργείο Παιδείας δια βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων
10. Δ/ση Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ

11. Δ/νση Υγειονομικού Ελληνικής Αστυνομίας
12. Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας
13. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
14. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος
15. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία
16. ΕΣΔΥ
17. Ε.Ι.ΠΑΣΤΕΡ
18. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
19. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
20. ΕΚΕΠΥ
21. ΣΕΥΥ
22. Κ.Ε.Δ.Υ

Στοιχεία για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού τηρούνται τόσο στο βιβλιάριο υγείας των παιδιών όσο και στα δελτία που χρησιμοποιούν οι διάφορες υπηρεσίες ή ενδεχομένως οι ιδιώτες ιατροί. Στοιχειώδης έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών με βάση τα βιβλιάρια υγείας γίνεται στη χώρα μας κατά την είσοδο των παιδιών σε δημόσιους βρεφονηπιακούς σταθμούς από τον παιδίατρο που εκδίδει το πιστοποιητικό υγείας, κατά την εγγραφή του παιδιού στην πρώτη τάξη του δημοτικού σχολείου από τους εκπαιδευτικούς και κατά τον ετήσιο έλεγχο υγείας σε παιδιά που φοιτούν στην Α΄ και Δ΄ τάξη του Δημοτικού και στην Α΄ τάξη του Γυμνασίου από παιδίατρο ή επισκέπτρια υγείας. Κεντρικές ηλεκτρονικές βάσεις καταγραφής των δεδομένων που θα διευκόλυναν την παρακολούθηση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού και θα έδιναν τη δυνατότητα έγκαιρης υπενθύμισης σε περιπτώσεις σημαντικής καθυστέρησης του εμβολιαστικού σχήματος δεν υπάρχουν, παρ' ότι έχουν ξεκινήσει μικρές επαινετές προσπάθειες σε περιορισμένη κλίμακα. Ως αποτέλεσμα, επί του παρόντος δεν είναι εύκολο να συλλεχθούν σε πραγματικό χρόνο πληροφορίες για το βαθμό υλοποίησης του προγράμματος εμβολιασμού παιδιών και ενηλίκων σε ετήσια βάση ούτε για τη διαχρονική παρακολούθηση των μεταβολών στην εμβολιαστική κάλυψη κατά περιοχή και κατά ομάδα – πληθυσμό ειδικού ενδιαφέροντος. Η αδυναμία αυτή δυσχεραίνει τη θέση της Ελλάδας και καθυστερεί την ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών για τη στοχευμένη βελτίωση της κάλυψης περιοχών και ομάδων με ειδικά χαρακτηριστικά (μειωμένη πρόσβαση, ατελή πληροφόρηση, πολιτιστικούς φραγμούς).

1.4. Μηχανισμός δράσης εμβολίων

Η ανοσοποίηση, είναι μια διαδικασία που επιτυγχάνεται με τον εμβολιασμό. Τα εμβόλια διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το είδος και την κατάσταση των παθογόνων μικροοργανισμών που χορηγούνται.

1. **Εμβόλια ζώντων, εξασθενημένων μικροοργανισμών:** οι μικροοργανισμοί αυτοί, είναι οι παθογόνοι και προκαλούν την νόσο για την οποία στοχεύουμε την πρόκληση ανοσίας. Οι μικροοργανισμοί αυτοί αποδυναμώνονται εργαστηριακά με αποτέλεσμα να προκαλούν άτυπη, ελαφρά νόσο και ταυτόχρονη επίτευξη ανοσίας. Αυτό συμβαίνει με τα εξής εμβόλια: της ιλαράς, της ερυθράς, της παρωτίτιδας, της ανεμοβλογιάς, της πολιομυελίτιδας, του κίτρινου πυρετού, της φυματίωσης και του τυφοειδούς πυρετού.
2. **Εμβόλια νεκρών/ αδρανοποιημένων παθογόνων μικροοργανισμών:** οι παράγοντες που χορηγούνται αδρανοποιημένοι, έχουν την ιδιότητα να προκαλούν τη δημιουργία αντισωμάτων από τον οργανισμό του εμβολιαζόμενου. Οι εν λόγω παράγοντες, ακόμα και νεκροί, λειτουργούν ως αντιγονικοί παράγοντες. Παραδείγματα της συγκεκριμένης κατηγορίας αποτελούν τα εμβόλια για τον κοκκύτη, την ηπατίτιδας Α, της γρίπης, της χολέρας, της λύσσας κτλ.
3. **Εμβόλια που περιέχουν μη τοξικά προϊόντα του παθογόνου μικροοργανισμού:** τα προϊόντα αυτά είναι επίσης σε θέση να προκαλέσουν ανοσολογική απάντηση, ωστόσο είναι απαραίτητη η χορήγηση αναμνηστικών δόσεων ανά περιοδικά διαστήματα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτού του είδους παρασκευής εμβολίου αποτελούν τα εμβόλια της διφθερίτιδας και του τετάνου.
4. **Εμβόλια που περιέχουν τεχνητό τμήμα/ πολυπεπτίδιο του λοιμογόνου παράγοντα:** Τα εμβόλια αυτά συνήθως έχουν παρασκευαστεί με την τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA και το τεχνητό τμήμα αυτό του λοιμογόνου παράγοντα είναι παρόμοιο με αυτό του παθογόνου οργανισμού που θα προκαλούσε την συγκεκριμένη νόσο για την οποία επιδιώκεται η επίτευξη

ανοσίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του είδους παρασκευής εμβολίου αποτελεί το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β (Sallusto F, 2010; Pulendran & Ahmed, 2011).

1.5. Ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό

1.5.1. Ηπατίτιδα Α και Β

Η ηπατίτιδα οφείλεται σε πολλούς ιούς. Μέχρι στιγμής οι γνωστοί ιοί είναι οι Α, Β, C, D, Ε και G. Η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα προκαλείται από τους ιούς της ηπατίτιδας Β και C και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκόσμια. Ο ιός της ηπατίτιδας Α ανήκει στην ομάδα *picornavirus* απομονώθηκε το 1973 από τους Robert Purcell, Albert Kapikian, και Stephen Feinstone του Ινστιτούτου Αλλεργίας και Λοιμώξεων στις ΗΠΑ (NIAID). Η διαφορά της ηπατίτιδας Α από την Ηπατίτιδα Β είναι ότι η Ηπατίτιδα Β πρώτον μεταδίδεται με νερό ή φαγητό, που έχουν μολυνθεί με κόπρανα ασθενών και, δεύτερον, έχει μόνο οξεία φάση, ενώ οι άλλες ηπατίτιδες έχουν οξεία και χρόνια φάση. Η ηπατίτιδα ήταν γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος ήταν και ο πρώτος που την περιέγραψε. Τα άτομα που νοσούν αναπτύσσουν ανοσία διά βίου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, καταγράφει σε ετήσια βάση 1,4 εκατομμύρια κρούσματα παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός για τη χρόνια ηπατίτιδα Β υπολογίζεται σε 2.5-3% του πληθυσμού και για την ηπατίτιδα C σε 1.5-2% του πληθυσμού, ενώ η επίπτωση των χρόνιων ιογενών ηπατιτίδων ποικίλλει ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και πληθυσμό.

Οι κύριες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία σχετίζονται με την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών από την ηπατική νόσο καθώς και η μετάδοση της νόσου σε άλλα άτομα. Ο ιός της ηπατίτιδας Β μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, παρεντερικά (iv, im, sc) και από μητέρα με HBsAg (+) στο παιδί κατά την κύηση ή τον τοκετό (κάθετη μετάδοση), ενώ το ιός της ηπατίτιδας C κυρίως με την παρεντερική επαφή και σπανιότερα με τη σεξουαλική επαφή ή κάθετη μετάδοση από μητέρα σε παιδί (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

Το πρώτο εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Α παρασκευάστηκε στα εργαστήρια της Merck από τον Maurice Hilleman και εγκρίθηκε από την FDA το 1981. Για την παρασκευή του χρησιμοποιήθηκε πλάσμα ασθενών και για το λόγο αυτό αμφισβητήθηκε η ασφάλειά του και αποσύρθηκε όταν ο ίδιος ερευνητής κατάφερε να παρασκευάσει το νέο γενετικό εμβόλιο το 1986. Το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Α, χορηγείται σήμερα μετά τα 2 έτη ζωής, σε χώρες με χαμηλή και μέση ενδημικότητα (δυτικοευρωπαϊκές χώρες), ενώ στις χώρες με υψηλή ενδημικότητα (Ανατολικές, Αφρικανικές και Ασιατικές) δε συνιστάται διότι το μεγαλύτερο μέρος του παιδικού

πληθυσμού νόσησε (συνήθως υποκλινικά) και ανέπτυξε αντισώματα τα οποία διατηρούνται για όλη τη ζωή (φυσική ενεργητική ανοσοποίηση). Ωστόσο χορηγείται σε άτομα που θα ταξιδέψουν στις χώρες αυτές.

Ομάδες που πρέπει να εμβολιάζονται **για την ηπατίτιδα Α** είναι κυρίως:

1. Όσοι πρόκειται να ταξιδέψουν σε χώρες με μεγάλη ενδημικότητα της νόσου
 όλα τα ευαίσθητα άτομα που έρχονται σε επαφή με ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα Α
2. Τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων για άτομα με ειδικές ανάγκες
3. Χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών,
4. Ομοφυλόφιλοι άνδρες,
5. Χρόνιοι ηπατοπαθείς
6. Εργαζόμενοι σε εργαστήρια που χειρίζονται υλικά δυνητικά μολυσματικά

Για την ηπατίτιδα Β, προτεραιότητα στην προσέγγιση του γενικού πληθυσμού είναι η ενημέρωση για την αποτελεσματικότητα και τη χρησιμότητα εμβολιασμού έναντι του ιού. Πρόκειται για ένα εμβόλιο για το οποίο έχει συσσωρευτεί τεράστια παγκόσμια εμπειρία από την εφαρμογή του τις τελευταίες 2 δεκαετίες, χωρίς να έχουν εντοπιστεί ιδιαίτερα σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Αντίθετα η αποτελεσματικότητά του μετά τη χορήγηση 3 δόσεων (0,2 και 6 μήνες) είναι εξαιρετικά υψηλή ήδη από τη βρεφική ηλικία, με τη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών να αναπτύσσουν προστατευτικά αντισώματα δια βίου. Κατ'εξάίρεση, μόνο σε άτομα ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για μόλυνση συστήνεται περιοδικός επανέλεγχος του τίτλου των αντισωμάτων, οπότε σε περίπτωση σημαντικής τους μείωσης μπορεί να πραγματοποιηθεί μια μεμονωμένη αναμνηστική δόση. Το εμβόλιο είναι ασφαλές για εγκύους, ανοσοκατεσταλμένα άτομα και HIV φορείς (μάλιστα επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί σε αυτούς λόγω σημαντικότερου κινδύνου σε περίπτωση προσβολής από ηπατίτιδα Β) με κάποια μικρή μείωση της αποτελεσματικότητάς του, λόγω κατώτερης απόκρισης του ανοσιακού συστήματος του ξενιστή. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου για προσβολή από ηπατίτιδα Β, όπου ο εμβολιασμός και ο έλεγχος ανταπόκρισης σε αυτόν είναι απολύτως απαραίτητοι, είναι οι ακόλουθες:

1. Ιατροί, νοσηλευτές και τεχνικοί ιατρικών εργαστηρίων
2. Φροντιστές και συγκάτοικοι ατόμων – φορέων

3. Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους / επαφές χωρίς προφύλαξη / ιερόδουλες
4. Ομοφυλόφιλοι άντρες
5. Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
6. Πολυμεταγχιζόμενα άτομα (αιμοκαθαιρόμενοι / θαλασσαιμικοί)
7. Άτομα υποβληθέντα σε επεμβατικές / αιματηρές πράξεις σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον
8. Ναυτικοί / ταξιδιώτες σε ενδημικές περιοχές
9. Ιδρυματοποιημένα άτομα / έγκλειστοι σε σωφρονιστικά καταστήματα
10. Άτομα με άλλα ΣΜΝ

Οι φαρμακευτικές ονομασίες των εμβολίων που κυκλοφορούν είναι το Havrix της GSK (1995), Vaqta της Merck (1996), Avaxim της Sanofi Pasteur (2006) και Epraxal της Berna Biotech (2007). Σε κάποιες χώρες κυκλοφορεί το Twinrix (2001) της GSK που είναι συνδυασμός της ηπατίτιδας Α και ηπατίτιδας Β (Engerix και Havrix) (Περσιάνης, 2011).

1.5.2. Διφθερίτιδα

Η Διφθερίτιδα είναι μια ασθένεια που πλέον προλαμβάνεται με το εμβολιασμό. Προκαλείται από μικρόβια που βρίσκονται στο στόμα, στο λαιμό και στη μύτη. Η διφθερίτιδα προκαλεί την ανάπτυξη μιας μεμβράνης γύρω από το εσωτερικό του λαιμού. Η εξέλιξη αυτή της νόσου, μπορεί να δυσκολεύσει την κατάποση, την αναπνοή και μπορεί ακόμη να προκαλέσει ασφυξία.

Οι τοξίνες των μικροοργανισμών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές όπως παράλυση και καρδιακή ανεπάρκεια. Γύρω στο 10% των ατόμων που προσβάλλονται από διφθερίτιδα πεθαίνουν απ' αυτή την ασθένεια.

Η διφθερίτιδα μεταδίδεται με τα σταγονίδια από το βήχα (AGNHMRC, 2013).

Το πρώτο εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας ανακαλύφθηκε από τον Emil von Behring το 1890, το οποίο στόχευε τις τοξίνες που απελευθερώνονταν στον οργανισμό. Ο Behring παρατήρησε ότι τα ζώα παρήγαγαν ανατοξίνες οι οποίες αδρανοποιούσαν τον ιό και γι αυτό το λόγο εμβολίαζε τους ασθενείς με ορό ζώων που είχαν νοσήσει. Με αυτή την ανακάλυψη του ο Behring τιμήθηκε με το πρώτο βραβείο Nobel στην Ιατρική το 1901. Το πρώτο αποτελεσματικό εμβόλιο κατά της

διφθερίτιδας δημιουργήθηκε και πάλι από τον Behring το 1913, αλλά η συστηματική του χορήγηση άρχισε το 1924. Η επιτυχής αντιμετώπιση της νόσου άρχισε το 1935 με την ανακάλυψη και χρήση των σουλφοναμιδών. Το 1940 συνδυάστηκε με τα εμβόλια του τετάνου και του κοκίτη ως DTP και εξακολουθεί να χορηγείται μέχρι σήμερα (ως DTP, Td, DTaP, Tdap ή πολυδύναμο τετραπλό, πενταπλό, εξαπλό), διότι σε αρκετές χώρες (κυρίως στην Αφρική και στη νοτιοανατολική Ασία) εξακολουθούν ακόμα να εμφανίζονται κρούσματα διφθερίτιδας (Περσιάνης, 2011).

1.5.3. Τέτανος

Ο τέτανος είναι μια οξεία νόσος που προλαμβάνεται επίσης με τον εμβολιασμό. Η νόσος, προκαλείται από την εξωτοξίνη του κλωστηριδίου του τετάνου, το οποίο πολλαπλασιάζεται αναερόβια στην περιοχή του τραύματος. Ο τέτανος εκδηλώνεται με δυο τρόπους. Είτε με επίμονη μυϊκή σύσπαση στην περιοχή του τραύματος, γεγονός που συμβαίνει σπάνια και χαρακτηρίζεται ως εντοπισμένος. Μια μορφή του εντοπισμένου τέτανου είναι και ο κεφαλικός τέτανος ο οποίος εμφανίζεται δευτερογενώς μετά από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και εκδηλώνεται με παράλυση κρανιακών νεύρων (Arnon, 2007, Heymann, 2008). Η συχνότερη μορφή με την οποία εμφανίζεται ο τέτανος είναι η γενικευμένη μορφή (γενικευμένος τέτανος) είναι η συχνότερη μορφή (80%) και πολλών μυϊκών ομάδων όπως προκαλεί των μασητήρων μυών, επώδυνους τονικοκλονικούς σπασμούς, λαρυγγόσπασμο, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει ασφυξία και ο σπασμός του σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστης επίσχεση ούρων. Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος προκαλεί κυκλοφορικές διαταραχές όπως υπέρταση, ταχυκαρδία και αρρυθμία. Ο ασθενής επανέρχεται πλήρως μετά από μήνες (Atkinson, et al., 2011, Sharland, 2011). Τέλος, ο τέτανος εκδηλώνεται και στα νεογνά (νεογνικός τέτανος) και είναι γενικευμένος. Εμφανίζεται σε νεογνά των οποίων οι μητέρες είναι ανεμβολίαστες και αν ο τοκετός συμβαίνει σε συνθήκες πτωχής υγιεινής είναι πολύ πιθανό να εκδηλωθεί. Ο νεογνικός τέτανος εμφανίζεται συνήθως λίγες ημέρες μετά τη γέννηση με γενικευμένη αδυναμία, έντονη ανησυχία, άπνοιες και δυσκολία στο θηλασμό. Προοδευτικά εμφανίζονται τετανικοί σπασμοί και οπισθότονος (WHO, 2006). Ο τέτανος προκαλείται από το κλωστηρίδιο του τετάνου, το οποίο σπορογόνο και θετικό κατά Gram αναερόβιο μικρόβιο. Το κλωστηρίδιο του τετάνου είναι ευαίσθητο στη θερμότητα και καταστρέφεται παρουσία οξυγόνου. Αντίθετα οι σπόροι είναι πολύ ανθεκτικοί στη θερμότητα και τα συνήθη αντισηπτικά. Οι σπόροι του κλωστηριδίου του τετάνου βρίσκονται κυρίως στο έδαφος, τη σκόνη και τον εντερικό σωλήνα ανθρώπων και ζώων (Arnon, 2007). Η μετάδοση των σπόρων του κλωστηριδίου του τετάνου πραγματοποιείται μέσω επιμολυσμένων τραυμάτων. Μπορεί

ωστόσο να πραγματοποιηθεί και μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, εγκαύματα, βαθιά τραύματα από βελόνα, μέση ωτίτιδα, οδοντική λοίμωξη, δήγμα ζώου, έκτρωση και εγκυμοσύνη (Arnon, 2007, Atkinson, et al., 2011).

Τα προληπτικά μέτρα που έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση του τετάνου, είναι κυρίως ο εμβολιασμός με το αντιτετανικό εμβόλιο το οποίο κυκλοφορεί ως μονοδύναμο, διδύναμο (DT) σε συνδυασμό με διφθερίτιδα και τριδύναμο (DTaP/ Tdap) με διφθερίτιδα και κοκκύτη και χορηγείται ενδομυϊκά. Πρακτικά χρησιμοποιείται το τριδύναμο εμβόλιο που προστατεύει και εναντίον του κοκκύτη και της διφθερίτιδας. Σε εργαζόμενους σε περιβάλλον υψηλού κινδύνου, η αναμνηστική δόση του εμβολίου επαναλαμβάνεται κάθε 5 χρόνια (Arnon, 2007, ΥΥΚΑ, 2-8-1995).

1.5.4. Κοκκύτης

Ο κοκκύτης οφείλεται στο αρνητικό κατά Gram βακτήριο *Bordetella pertussis* (αιμόφιλο του κοκκύτη). Η λοίμωξη από κοκκύτη είναι οξεία και τα κύρια χαρακτηριστικά είναι ο παροξυσμικός βήχας, η καταρροή και σπανιότερα ο πυρετός που είναι ήπιος. Η συχνότερη επιπλοκή είναι η δευτεροπαθής πνευμονία η οποία αποτελεί και τη συχνότερη αιτία θανάτου. Το μικρόβιο του κοκκύτη μεταδίδεται αερογενώς με σταγονίδια ή με άμεση επαφή με εκκρίσεις από το αναπνευστικό σύστημα νοσούντων ατόμων (Long, 2007; ΑΡΗΑ, 2008; Atkinson, et al., 2011).

Η πρόληψη του κοκκύτη, επιτυγχάνεται μέσω του εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού. Το εμβόλιο περιέχει τον κυτταρικό τύπο του μικροβίου και η αποτελεσματικότητά του κυμαίνεται από 80-85%. Χορηγείται με το τριπλό πολυδύναμο εμβόλιο (Tdap ή DTap) (Long, 2007).

1.5.5. Μηνιγγιτιδόκοκκος – Πνευμονιόκοκκος – Αιμόφιλος Ινφλουέντζας

Ο μηνιγγιτιδόκοκκος, ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος ινφλουέντζας τύπου Β ευθύνονται για το 75% όλων των κρουσμάτων βακτηριακής μηνιγγίτιδας. Στα παιδιά, τα συγκεκριμένα μικρόβια προκαλούν το 90% των κρουσμάτων βακτηριακής μηνιγγίτιδας. Στους ενήλικες πρώτος σε κρούσματα μηνιγγίτιδας είναι ο πνευμονιόκοκκος και ακολουθεί ο μηνιγγιτιδόκοκκος (ΑΡΗΑ, 2008).

Τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας από τη *N. meningitidis* είναι η αυχενική δυσκαμψία, αιφνίδια έναρξη πυρετού, ναυτία, έμετος, κεφαλαλγία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και

μυαλγίες (Tunkel & Scheld, 2005; Woods, 2007; Anderson, et al., 2009; Sharland, 2011). Η επικινδυνότητα της μηνιγγίτιδας, έγκειται στις επιπλοκές της. Οι σοβαρότερες οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν και στην κατάληξη του ασθενούς, είναι η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη και η κεραυνοβόλος πορφύρα (Winkelstein, et al., 1969; Darmstadt, 1998).

Η πρόληψη της μηνιγγιτιδοκοκκικής λοίμωξης επιτυγχάνεται με το μονοδύναμο εμβόλιο του μηνιγγιτιδόκοκκου C το οποίο χορηγείται σε 2 δόσεις κάτω του έτους και μια αναμνηστική δόση άνω των 12 μηνών ή σε μια δόση σε παιδιά άνω του έτους. Στα παιδιά άνω των 11 χορηγείται το τετραδύναμο συζευγμένο εμβόλιο (Trotter, et al., 2004).

1.5.6. Ιλαρά

Η ιλαρά είναι ιογενής λοίμωξη υψηλής μεταδοτικότητας που οφείλεται στον ιό της ιλαράς. Η νόσος, εκδηλώνεται κλινικά με καταρροή και εξάνθημα. Μια με δυο ημέρες πριν ή μετά την εμφάνιση του εξανθήματος εμφανίζονται οι κηλίδες του Koplik που είναι παθογνωμονικές της νόσου και είναι μικρά λευκωπά στίγματα που περιβάλλονται από ερυθρά άλω και εντοπίζονται στο βλεννογόνο της παρειάς αντίστοιχα προς τους κάτω γομφίους. Όπως στις περισσότερες περιπτώσεις των ασθενειών για τις οποίες εφαρμόζεται εμβολιασμός, έτσι και στην περίπτωση της ιλαράς, μπορεί να εμφανιστούν κάποιες επιπλοκές. Η σοβαρότερη είναι η πνευμονία που είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει στο θάνατο (Atkinson, et al., 2011). Η ιλαρά μεταδίδεται αερογενώς από άτομο σε άτομο με σταγονίδια που αποβάλλουν οι ασθενείς (ΑΡΗΑ, 2008).

Η πρόληψη της ιλαράς πραγματοποιείται κυρίως μέσω του εμβολιασμού. Το εμβόλιο που κυκλοφορεί, περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό ιλαράς που έχει καλλιεργηθεί σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας. Το εμβόλιο συνιστάται να γίνεται υποδόρια σε δυο δόσεις σε ηλικία 12-15 μηνών και 4-6 ετών και σε κάθε περίπτωση είναι καλύτερο να δίνεται με τη μορφή τριδύναμου (ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας) ή τετραδύναμου εμβολίου (ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας-ανεμευλογιάς). Στην Ελλάδα κυκλοφορούν εμβόλια που περιέχουν τα στελέχη Edmonston (M-M-R VAX PRO) και Schwartz (PRIORIX και PRIORIX-TETRA) (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας & Δ/ση Δημόσιας Υγείας, 1981).

1.5.7. Ερυθρά

Η ερυθρά είναι ιογενής λοίμωξη που οφείλεται στον ιό της ερυθράς. Η νόσος εκδηλώνεται με δυο μορφές. Την επίκτητη και τη συγγενή. Η επίκτητη ερυθρά είναι ήπια εξανθηματική ιογενής νόσος που μπορεί να είναι συχνά (20%-50% των περιπτώσεων) ασυμπτωματική ή υποκλινική. Η κύρια νόσος αρχίζει με γενικευμένη επώδυνη λεμφαδενοπάθεια, συνήθως οπισθοωτιαίων και υπινιακών λεμφαδένων, η οποία εμφανίζεται μια (1) εβδομάδα πριν από το εξάνθημα και διαρκεί αρκετές εβδομάδες (Atkinson, et al., 2011).

Η συγγενής ερυθρά, αποτελεί σύνδρομο, το οποίο προκαλείται στην περίπτωση που μολυνθεί έγκυος γυναίκα. Σε αυτή την περίπτωση προσβάλλεται και το νεογνό με αποτέλεσμα είτε να αποβληθεί, είτε να γεννηθεί πρόωρα με συγγενείς ανωμαλίες. Η κώφωση αποτελεί τη συχνότερη και συχνά τη μόνη εκδήλωση της συγγενούς ερυθράς. Οι εκδηλώσεις του ΣΣΕ μπορεί να καθυστερήσουν να εκδηλωθούν κατά 2-4 χρόνια. Σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζεται συχνά αργότερα στην παιδική ηλικία. Παιδιά με ΣΣΕ έχουν υψηλότερη από την αναμενόμενη επίπτωση αυτισμού. Η θνητότητα τους πρώτους 18 μήνες ζωής ανέρχεται σε 13%. Η σοβαρότητα και η ηλικία εκδήλωσης των ανωμαλιών σχετίζεται με την εβδομάδα κύησης στην οποία θα προσβληθεί η εγκυμονούσα. Αν προσβληθεί κατά το πρώτο τρίμηνο, της κύησης το έμβρυο θα αποβληθεί. Οι επιπλοκές της νόσου είναι σπάνιες στα παιδιά αλλά συχνότερες στους ενήλικες και περιλαμβάνουν, αναιμία, εξάνθημα, ήπια ηπατίτιδα και αρθρίτιδα (Cherry, 2009).

Ο εμβολιασμός, όπως αναφέρθηκε πραγματοποιείται με το τριδύναμο ή τετραδύναμο εμβόλιο (MMR). Ωστόσο, λόγω της ικανότητας του συγκεκριμένου ιού να μεταδίδεται μέσω του πλακούντα στο νεογνό, είναι πολύ σημαντικό, στις περιπτώσεις που η γυναίκες δεν εμβολιάστηκαν στην παιδική ηλικία, αν δεν έχουν νοσήσει, να εμβολιαστούν ακόμα και κατά την ενήλικη ζωή και να αποφεύγεται το ενδεχόμενο να κυοφορήσουν τουλάχιστον ένα μήνα μετά τον εμβολιασμό τους (ΑΡΗΑ, 2008; WHO, 2011)

1.5.8. Παρωτίτιδα

Η παρωτίτιδα, είναι μια ιογενής νόσος και εκδηλώνεται με μυαλγία, ανορεξία, κακουχία, κεφαλαλγία και ελαφρά πυρετική κίνηση. Η συνηθέστερη κλινική εκδήλωση της νόσου είναι η οξεία ιογενής νόσος που οφείλεται στον ιό της παρωτίτιδας Η κυριότερη κλινική εκδήλωση της νόσου είναι η ετερόπλευρη διόγκωση της παρωτίδας η οποία γίνεται αμφοτερόπλευρη σε 3-4 ημέρες στο 70-90% των πασχόντων (ΑΡΗΑ, 2008). Από τις επιπλοκές της νόσου, η συχνότερη

είναι η άσηπτη μηνιγγίτιδα, ενώ επιπλοκές όπως κώφωση, εγκεφαλίτιδα, ορχίτιδα, παγκρεατίτιδα κ.α. είναι λιγότερο συχνές (Galazka, et al., 1999).

Η μετάδοση της παρωτίτιδας γίνεται με σταγονίδια που εκπέμπει ο ασθενής και με αντικείμενα που μολύνθηκαν πρόσφατα (Συριοπούλου, 2009, Atkinson, et al., 2011).

Η νόσος προλαμβάνεται με τη χορήγηση εμβολίου το οποίο περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό της παρωτίτιδας που έχει καλλιεργηθεί σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας (στέλεχος Jeryl Lynn). Το εμβόλιο που χορηγείται είναι το τετραδύναμο ή το τριδύναμο (MMR) τα οποία περιγράφηκαν σε προηγούμενη παράγραφο (Συριοπούλου, 2009).

1.5.9. Γρίπη

Η γρίπη οφείλεται στους ιούς της γρίπης και είναι οξεία νόσος του αναπνευστικού συστήματος. Μεταδίδεται πολύ εύκολα από το ένα άτομο στο άλλο και μπορεί να προκαλέσει από ήπια έως και πολύ σοβαρή νόσηση. Οι περισσότεροι υγιείς άνθρωποι ξεπερνούν τη γρίπη χωρίς να παρουσιάσουν επιπλοκές, ορισμένοι όμως, όπως άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές από τη γρίπη. Η γρίπη εμφανίζεται μ' εποχικές εξάρσεις. Στη χώρα μας η περίοδος μετάδοσης της γρίπης είναι από τον Οκτώβριο μέχρι τον Απρίλιο, με έξαρση μεταξύ Δεκεμβρίου και Φεβρουαρίου. Η γρίπη τυπικά εκδηλώνεται με απότομη έναρξη πυρετού, μυαλγίες, κεφαλαλγία, βήχα, φαρυγγαλγία και ρινική καταρροή. Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν και συμπτώματα από το γαστρεντερικό όπως ναυτία, εμέτους και διάρροια. Τα συμπτώματα αρχίζουν 1-3 ημέρες μετά την προσβολή από τον ιό και διαρκούν 2-7 ημέρες, ο βήχας όμως μπορεί να επιμένει για αρκετό χρονικό διάστημα.

Οι άνθρωποι εμφανίζουν συμπτώματα 1-4 ημέρες μετά τη μόλυνσή τους. Οι ενήλικες μεταδίδουν τη γρίπη μία μέρα πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι 5-7 ημέρες μετά. Τα παιδιά μπορεί να μεταδώσουν τη λοίμωξη για 7 ή και περισσότερες ημέρες μετά.

Υπάρχουν τρεις αντιγονικοί τύποι του ιού της γρίπης. Ο τύπος A, B και C. Ο τύπος A, προσβάλλει ανθρώπους και ζώα (όπως πτηνά), ενώ η γρίπη των πτηνών δεν μεταδίδεται στους ανθρώπους. Ο τύπος B προσβάλλει μόνο ανθρώπους και τα συμπτώματα είναι ηπιότερα. Τέλος ο τύπος C, πολλές φορές, δεν προκαλεί καθόλου συμπτώματα και γι αυτό το λόγο επιδημιολογικά δεν αξιολογούνται. Οι τύποι A και B του ιού ευθύνονται για τις επιδημίες που συμβαίνουν κάθε χειμώνα, και αλλάζουν συνεχώς με τις νέες πιέσεις που εμφανίζονται τακτικά. Αυτό οδηγεί σε μια νέα επιδημία κάθε λίγα χρόνια (Cook, 1997).

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος προστασίας από τη γρίπη, είναι ο έγκαιρος εμβολιασμός. Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου από τα στατιστικά δεδομένα, ανέρχεται στο 70-90% και προλαμβάνει τη νόσηση από γρίπη σε υγιή άτομα κάτω των 65 ετών. Στην περίπτωση που θα νοσήσει κάποιος, το εμβόλιο προστατεύει από τις επιπλοκές της γρίπης. Ο εμβολιασμός συνιστάται να ξεκινά το Σεπτέμβριο κάθε έτους και κορυφώνεται τον Οκτώβριο ή το Νοέμβριο διότι τα περισσότερα ξεσπάσματα εμφανίζονται από τις αρχές του Δεκεμβρίου έως τις αρχές Μαρτίου. Αυτό συμβαίνει διότι μετά την έναρξη του εμβολιασμού απαιτούνται δύο περίπου εβδομάδες για τη δημιουργία αντισωμάτων ενάντια στον ιό της γρίπης (Hughes, 2005).

Πολλά άτομα που εμβολιάζονται για τη γρίπη, μπορεί να εμφανίσουν κάποιες παρενέργειες. Η πιο συχνή, είναι η ήπια αντίδραση στο σημείο που έγινε το εμβόλιο (άλγος, ερυθρότητα και οίδημα). Σπανιότερα μπορεί να παρουσιαστεί αλλεργική αντίδραση κυρίως στα άτομα που έχουν αλλεργία στο αυγό ή σε κάποιο από τα έκδοχα όπως το thimerosal.

Δε θα πρέπει να εμβολιάζονται με το αντιγριπικό εμβόλιο όσοι έχουν ιστορικό αλλεργίας στα αυγά ή στην ουσία thimerosal (συντηρητικό του εμβολίου), ιστορικό αλλεργικής αντίδρασης στο εμβόλιο της γρίπης, ιστορικό συνδρόμου Guillain-Barre και άτομα με πυρετό. Τα άτομα αυτά θα πρέπει να περιμένουν να υποχωρήσει ο πυρετός και μετά να κάνουν το εμβόλιο (ΕΟΦ, 2007).

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας, **ο εμβολιασμός είναι απαραίτητος** στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Τα άτομα άνω των 60 ετών
2. Παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 2 χρονών
3. Πάσχοντες από χρόνια νοσήματα του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συστήματος
4. Πάσχοντες από μεταβολικά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη, από νεφρική ανεπάρκεια και από αιμοσφαιρινοπάθειες
5. Ανοσοκατεσταλμένοι συμπεριλαμβανομένων των πασχόντων από το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
6. Γυναίκες που διανύουν το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους και ο ιός της γρίπης βρίσκεται σε έξαρση εκείνη την περίοδο.
7. Τρόφιμοι ιδρυμάτων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.
8. Όσοι έρχονται σε συχνή / καθημερινή επαφή με τις παραπάνω κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που προσφέρουν συνεχώς ή περιστασιακά υπηρεσίες σ' αυτά τ' άτομα και ειδικότερα οι επαγγελματίες υγείας. Επίσης, άτομα που

εργάζονται σε υπηρεσίες όπως: Στρατός, Οργανισμοί Κοινής Ωφέλειας, κ. ά. με δεδομένο ότι ενδεχόμενη προσβολή μεγάλου αριθμού υπαλλήλων θα διατάρασσε σοβαρά τη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών.

9. Όσοι εργάζονται στον τομέα της πτηνοτροφίας, βάσει οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με στόχο την αποφυγή ταυτόχρονης λοίμωξης από το στελέχος H5N1 της γρίπης των πτηνών και από τα στελέχη της εποχικής γρίπης που κυκλοφορούν κάθε χρόνο, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον ανασυνδυασμό του ιού και την εμφάνιση κάποιου νέου πανδημικού στελέχους της γρίπης (Kennedy, 2002; ΕΟΦ, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Στοιχεία για τον Παγκόσμιο Εμβολιασμό

Στην Ελλάδα, σε μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2013 από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, βρέθηκε ότι 95% των παιδιών είχαν ασφάλιση υγείας (83% των παιδιών από οικογένειες μεταναστών). Περίπου 2 στους 3 γονείς θεωρούν ότι το οικονομικό κόστος των εμβολίων και της ιατρικής επίσκεψης αποτελούν πρόβλημα για τον εμβολιασμό των παιδιών τους, ενώ για τους μετανάστες το ποσοστό αυτό είναι κάπως μεγαλύτερο. Παράγοντες που αφορούν την πρόσβαση σε ιατρείο εμβολιασμού (μακρινή απόσταση, ώρες λειτουργίας που δεν εξυπηρετούν τους γονείς) αποτελούν πρόβλημα περίπου για 1 στους 3 γονείς, ενώ το σχετικό ποσοστό για τους μετανάστες είναι υψηλότερο. Από το μελετηθέν δείγμα, περίπου το 50 τοις εκατό θεωρεί παρέχεται ανεπαρκής ενημέρωση για τους εμβολιασμούς και 1 στου 3 δήλωσαν ότι η στάση τους για τα εμβόλια έγινε πιο επιφυλακτική μετά τη δημόσια συζήτηση για το εμβόλιο της πανδημικής γρίπης του 2009. Περίπου 1 στους 5 ανέφεραν ότι έχουν πρόβλημα με την κακή συμπεριφορά του προσωπικού του ιατρείου στο οποίο συνήθως εμβολιάζεται το παιδί τους. Οι μετανάστες ανέφεραν το πρόβλημα αυτό πιο συχνά (περίπου 1 στους 3 γονείς) (Παναγιωτόπουλος, et al., 2013)

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η εμβολιαστική κάλυψη καταγράφεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και με βάση αυτά τα στοιχεία η τάση εμβολιασμού φαίνεται να είναι αυξητική τα τελευταία χρόνια γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων από τις ασθένειες για τις οποίες παρέχεται εμβολιασμός (WHO, 2014). Συγκεκριμένα, για το 2009 υπολογίζεται ότι εμβολιάστηκαν περίπου 107 εκατομμύρια νεογνά, αριθμός μεγαλύτερος από ποτέ άλλοτε στα χρονικά της ανθρωπότητας. Ο ίδιος αριθμός περίπου καταγράφηκε και το 2013. Το 84% (112 εκατ.) παιδιών παγκοσμίως, εμβολιάστηκαν με τις τρεις δόσεις του εμβολίου διφθερίτιδας-τετάνου-πολιομυελίτιδας (DTP3). Στην Αμερική το ποσοστό αγγίζει το 90-96% ενώ Παγκοσμίως ο εμβολιασμός με το DTP3 έχει καθιερωθεί στο κρατικό πρόγραμμα εμβολιασμών σε 160 χώρες. Με

αυτό τον τρόπο, έχει μειωθεί δραματικά ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν από αυτές τις ασθένειες (WHO & UNICEF, 2014).

Τα στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται από τους παγκόσμιους οργανισμούς, αποκαλύπτουν την αναγκαιότητα του προγραμματισμού εμβολιασμού και της αποτελεσματικής πρόληψης που προσφέρουν στις χώρες όπου ακολουθείται πιστά το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών σε παιδιά και εφήβους. Επίσης τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ξεκάθαρα τα μεγάλα περιθώρια βελτίωσης που υπάρχουν στην επίτευξη του στόχου της κάλυψης του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση της συχνότητας νοσημάτων και της θνησιμότητας από ασθένειες που μπορούν προληφθούν από τον εμβολιασμό του γενικού πληθυσμού.

Στην Ελλάδα το ΚΕΕΛΠΝΟ, διεξάγει τακτικές μελέτες όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη του γενικού πληθυσμού μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων (ΥΔΝ). Μέσω του συστήματος αυτού, ανιχνεύονται μεμονωμένα κρούσματα και επιδημικές εξάρσεις, εκτιμάται η επίπτωση κάθε νοσήματος ξεχωριστά και καταγράφονται οι διαχρονικές του τάσεις τόσο στο σύνολο της χώρας, όσο και στις επιμέρους γεωγραφικές περιοχές. Τα δελτία δήλωσης, τα οποία αποστέλλονται από τα νοσοκομεία και τις Διευθύνσεις Υγείας των κατά τόπους περιφερειών της χώρας, καταχωρούνται, αναλύονται, εξάγονται συμπεράσματα και γίνονται οι απαραίτητες παρεμβάσεις για την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Στον Πίνακα 2.1. φαίνεται ο αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων των νοσημάτων που επιτηρούνται από το Γραφείο Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό και Συγγενών Νοσημάτων κατά τα έτη 2000-2010 (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2011).

Πίνακας 2.1. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων μέσω ΥΔΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2011)

Νόσημα	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Πολιομυελίτιδα	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ιλαρά	56	12	6	8	1	122	518	2	1	2	149
Ερυθρά	12	14	14	5	2	16	1	0	0	4	0
Παρωτίτιδα	32	50	156	44	4	33	49	22	5	21	2
Διφθερίτιδα	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Τέτανος	16	4	3	7	5	7	12	9	7	2	5
Νεογνικός Τέτανος	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ανεμευλογιά *	3122	3878	3651	4734	34	36	41	33	19	6	5
Κοκκύτης	13	93	18	10	25	24	15	27	22	31	64
Μηνιγγίτιδα (Σύνολο)	855	1410	705	516	519	624	586	1138	714	601	417
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	263	227	236	131	79	93	100	105	80	82	59
Βακτηριακή	185	179	135	163	218	251	204	222	220	199	152
Άσηπτη	406	984	276	190	199	236	232	780	361	299	203
Αγνώστου αιτιολογίας	1	20	58	32	23	44	50	31	53	21	3
Συγγενής Ερυθρά	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Συγγενής Τοξοπλάσμωση	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Συγγενής Σύφιλη	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1

* Από το 2004, μέσω του συστήματος ΥΑΝ, δηλώνονται μόνο τα κρούσματα ανεμευλογιάς με επιπλοκές

Πηγή: ΚΕΕΛΠΝΟ, 2015

Στον Πίνακα 2.2. και 2.3. φαίνονται τα στοιχεία του ΠΟΥ που αφορούν το εμβολιαστικό προφίλ σε παγκόσμιο επίπεδο (WHO, 2014).

Πίνακας 2.2. Κρούσματα νοσημάτων για τα οποία υπάρχει το ανάλογο εμβόλιο (WHO, 2014).

Population data in thousands ¹								
	2013	2012	2011	2010	2009	2000	1990	1980
Total population	7'118'327	7'036'567	6'954'776	6'873'237	6'792'044	6'087'645	5'285'577	4'418'554
Live births	138'614	138'190	137'591	136'827	135'917	128'593	137'454	123'552
Surviving infants	133'563	133'026	132'311	131'430	130'404	121'922	129'100	114'164
Pop. less than 5 years	656'379	651'487	645'946	639'717	634'363	601'386	641'664	542'511
Pop. less than 15 years	1'870'491	1'857'213	1'844'880	1'833'966	1'825'891	1'837'254	1'740'809	1'557'690
Female 15-49 years	1'822'188	1'809'675	1'795'815	1'780'408	1'763'878	1'561'642	1'305'105	1'050'568
Number of reported cases								
Diphtheria	4'680	4'490	5'626	4'573	4'349	11'625	23'864	97'511
Hib meningitis	-	-	8'371	10'983	-	7'263	-	-
Measles	280'744	227'739	359'267	343'806	278'637	853'479	1'374'083	4'211'431
Mumps	515'592	687'954	726'617	608'666	546'684	544'093	-	-
Pertussis	161'549	249'746	171'736	160'710	166'592	190'475	476'374	1'982'355
Polio	480	291	716	1'348	1'789	2'971	23'390	52'795
Rubella	101'331	94'277	114'452	75'961	121'378	670'894	-	-
Rubella (CRS)	133	302	214	31	161	156	-	-
Tetanus (neonatal)	4'149	4'654	4'295	5'082	5'611	17'935	25'293	13'005
Tetanus (total)	13'528	10'472	12'649	11'136	11'981	23'711	64'983	114'251
Yellow fever	294	262	2'591	737	136	699	4'339	144

Πηγή: WHO, 2014

Πίνακας 2.3. Ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ανά τον κόσμο (WHO, 2014).

Percentage of target population vaccinated, by antigen								
<i>based on WHO-UNICEF estimates</i>								
<i>TT2plus is based on reported coverage</i>								
BCG	90	90	88	90	90	80	81	16
DTP1	91	90	90	91	92	84	88	30
DTP3	84	83	83	84	84	73	76	20
HepB_BD	38	37	36	33	30	7	-	-
HepB3	81	80	75	74	74	30	1	-
Hib3	52	45	43	42	39	14	0	-
MCV	84	83	83	84	83	73	73	16
MCV2	53	52	47	40	39	15	-	-
PAB	82	81	82	84	83	73	60	8
Pol3	84	84	83	84	84	74	76	21
TT2plus	65	75	71	68	70	62	55	9
YFV	41	34	36	39	42	12	-	-

Πηγή: WHO, 2014

Όπως εύκολα διαπιστώνει κανείς, παρά τη μεγάλη κινητοποίηση από πλευράς Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εθνικών οργανισμών εμβολιασμών / δημόσιας υγείας, ο βαθμός κάλυψης που έχει επιτευχθεί ακόμη και για βασικούς παιδιατρικούς εμβολιασμούς υπολείπεται σημαντικά του επιδιωκόμενου στόχου για κάλυψη άνω του 95%. Ακόμη και σε ανεπτυγμένες χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα και οργανωμένο δίκτυο πρόληψης, το ποσοστό υπολείπεται του ιδεατού 100%, δημιουργώντας μια διαρκή πρόκληση για το σχεδιασμό των συστημάτων δημόσιας υγείας.

2.2. Σχέση κόστους-ωφέλειας

Η διερεύνηση της σχέσης κόστους – ωφέλειας των εμβολιαστικών προγραμμάτων αποτελεί ένα εύκολα προσδιορίσιμο μέγεθος. Σε μια εποχή με πολλαπλές προκλήσεις για τα συστήματα υγείας και δυσκολία στον εντοπισμό προτεραιοτήτων για δράση, είναι απαραίτητα δεδομένα που να τεκμηριώνουν την αποδοτικότητα της δαπάνης κάθε προτεινόμενου μέτρου δημόσιας υγείας. Ως αποτέλεσμα, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες κόστους – αποτελεσματικότητας και κόστους- ωφέλειας για την αξιολόγηση της χρησιμότητας και σκοπιμότητας των προγραμμάτων μαζικού εμβολιασμού. Όπως προαναφέρθηκε εξάλλου, οι περισσότερες μακροοικονομικές αναλύσεις που έχουν διεξαχθεί, αφορούν στα εμβόλια της ιλαράς, της ερυθράς, της παρωτίτιδας, του κοκκύτη, της πολιομυελίτιδας, του αιμόφιλου της γρίπης τύπου b, της ηπατίτιδας B και του τετάνου, τόσο σε μεμονωμένη μορφή, όσο και στο πλαίσιο συνδυασμένων εμβολίων.

Με βάση τα πορίσματα των αναλύσεων κόστους-ωφέλους, τεκμηριώνεται ότι οι εμβολιασμοί συγκαταλέγονται στις αποτελεσματικότερες μεθόδους διάθεσης περιορισμένων πόρων για την υγεία. Με βάση την έρευνα της Μπενέτου και της Πετρίδου αναφέρεται ότι για κάθε δολλάριο που επενδύεται, η ανταποδοτικότητα του εμβολίου της ιλαράς είναι \$11.90, της

παρωτίτιδας \$6.70, της ερυθράς \$7.70 και του συνδυασμένου εμβολίου MMR \$14.40. (Μπενέτου & Πετρίδου, 2008).

Συγκεκριμένα, με τον τακτικό εμβολιασμό του γενικού πληθυσμού, τα οφέλη είναι πολλαπλά. Σε έρευνα των Bärnighausen και των συνεργατών το 2011 η οποία αποτελεί συγκριτική μελέτη παλαιότερων ερευνών, συνοψίζονται τα παρακάτω:

1. Όσον αφορά την υγεία, με τον τακτικό εμβολιασμό, μειώνεται η θνησιμότητα από τις ασθένειες που προλαμβάνουν τα εμβόλια.
2. Μειώνονται τα οικογενειακά έξοδα για ιατρική περίθαλψη αφού μειώνονται και οι ασθένειες για τις οποίες υπάρχουν τα αντίστοιχα εμβόλια
3. Εξοικονομείται περισσότερος οικογενειακός χρόνος, αφού δεν καταναλώνεται χρόνος για επισκέψεις στον παιδίατρο και φροντίδα των άρρωστων παιδιών
4. Αυξάνεται η παραγωγικότητα διότι με τον εμβολιασμό, αφού μειώνονται οι ασθένειες, δυναμώνει το ανοσοποιητικό με αποτέλεσμα την ενίσχυση της σωματικής δύναμης και της πνευματικής διαύγειας
5. Όσον αφορά στην κοινωνία, μέσω του εμβολιασμού, το κοινωνικό σύνολο είναι υγιέστερο, άρα και οι μεταξύ τους σχέσεις (Bärnighausen, et al., 2011).

2.3. Ενδείξεις Εμβολιασμού

Οι ενδείξεις εμβολιασμού, διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς και το εμβόλιο. Αυτό σημαίνει ότι για τα παιδιά, οι ενδείξεις είναι διαφορετικές για ένα συγκεκριμένο εμβόλιο σε σχέση με άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Γενικά οι ενδείξεις εμβολιασμού μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Οικογενειακό ιστορικό
2. Ιστορικό του ασθενούς με κοκκύτη, ιλαρά, ερυθρά ή μαγουλάδες
3. Προωρότητα βρέφους. Στην περίπτωση αυτή οι εμβολιασμοί πρέπει να γίνουν χωρίς αναβολή ανάλογα με την ηλικία ζωής και όχι με την διορθωμένη ηλικία.
4. Μη εξελκτικές νευρολογικές παθήσεις, όπως η τετραπληγία.
5. Η επαφή με κάποια μολυσματική ασθένεια.
6. Το άσθμα, το έκζεμα, η αλλεργική ρινίτιδα.

7. Η εγκυμοσύνη της μητέρας του παιδιού που θα εμβολιαστεί
8. Αν το νεογνό έχει ξεπεράσει το όριο ηλικίας σύμφωνα με το πρόγραμμα εμβολιασμού (Galazka, et al., 1984).

Η πεποίθηση ότι άτομα τα οποία είναι αλλεργικά στο αυγό δεν πρέπει να εμβολιάζονται γενικά δεν ισχύει. Η αντένδειξη αυτή ισχύει για το εμβόλιο της γρίπης και του κίτρινου πυρετού που δεν εντάσσονται στα εμβόλια ρουτίνας και για την παρασκευή τους χρησιμοποιείται αυγό. Παρόλα αυτά, συστήνεται η εισαγωγή του παιδιού για μια μέρα στο νοσοκομείο ώστε πιθανή αλλεργική αντίδραση να μπορεί να αντιμετωπισθεί άμεσα.

Την περίπτωση που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πυρετικών σπασμών, παρέχονται οδηγίες χορήγησης αντιπυρετικών φαρμάκων διότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να προκληθούν σπασμοί λόγω του πυρετού που μπορεί να παρουσιαστεί μετά από εμβόλιο.

Χειρουργικές επεμβάσεις δεν αποτελούν αντένδειξη για τη χορήγηση ενός εμβολίου και αντίστροφα ένας εμβολιασμός δεν αποτελεί αντένδειξη στη χορήγηση αναισθητικών φαρμάκων.

Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς ή ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία μπορούν να εμβολιαστούν τρεις μήνες μετά τη λήξη της χημειοθεραπείας ή της θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Rubin, et al., 2013).

2.4. Αντενδείξεις Εμβολιασμού

Ο εμβολιασμός, μπορεί να βοηθά στο να καλύπτεται ο γενικός πληθυσμός και να εξαλείφονται πολλές θανατηφόρες ασθένειες, ωστόσο υπάρχουν και αντενδείξεις, που εάν υφίστανται ο εμβολιασμός δεν είναι εφικτός διότι μπορεί να προκληθούν επιπλοκές και τελικά να βλάψουν τον ασθενή.

Οι περιπτώσεις στις οποίες **δε συστήνεται ο εμβολιασμός** είναι:

1. Οξέα εμπύρετα ή μη νοσήματα όπως σε ίωση
2. Η πρόσφατη χορήγηση αίματος, πλάσματος, γ-σφαιρίνης μπορεί να εμποδίσει την παραγωγή αντισωμάτων.
3. Κακοήθη νοσήματα.
4. Σε βρέφη με ιστορικό νευρολογικής πάθησης απαγορεύεται ο αντικοκκυτικός εμβολιασμός
5. Σε χρόνια νοσήματα που βρίσκονται σε ενεργό φάση.

- I. Μεσογειακή αναιμία
- II. Σακχαρώδης διαβήτης που δεν έχει ρυθμιστεί
- III. Αλλεργικά νοσήματα, αλλεργία στην πενικιλίνη και σε άλλα αντιβιοτικά, πρέπει να αποφεύγουν όσα εμβόλια περιέχουν τα αντιβιοτικά αυτά, συνήθως είναι εκείνα με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς (Michael Gold, 2000).
 - i. Κακοήθη νοσήματα που λαμβάνουν θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή ακτινοθεραπεία.
 - ii. Ανοσοποιητική ανεπάρκεια (μόνο για εμβόλια με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς).
 - iii. Βαριές δερματοπάθειες π.χ. έκζεμα, ψωρίαση κλπ
 - iv. Καρδιακή ανεπάρκεια
 - v. Νεφρική ανεπάρκεια
 - vi. Σε πρόωρα βρέφη με σπασμούς δεν γίνεται τριπλό
 - vii. Στη διάρκεια επιδημιών δεν γίνεται το συνηθισμένο πρόγραμμα εμβολιασμών, αναβάλλεται, αλλά ο εμβολιασμός κατά της νόσου που προκαλεί την επιδημία (WHO, 2004; IAC, 2011).

2.5. Παρενέργειες

Όπως όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα, έτσι και τα εμβόλια, αναφέρουν στα φύλλα οδηγιών πιθανές, συχνές, σοβαρές ή όχι σοβαρές παρενέργειες.

Οι **πιο κοινές παρενέργειες** στα περισσότερα εμβόλια είναι οι εξής:

1. Γενικές αντιδράσεις (ανησυχία, πυρετός, κακουχία, ευερεθιστότητα, κλάμα ή επιπλέον υπνηλία στα μωρά)
2. Τοπικές αντιδράσεις (ερυθρότητα, πόνος, οίδημα).
3. Αλλεργικές αντιδράσεις.
4. Λιποθυμία σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες.
5. Εγκεφαλίτιδα.

Η εγκεφαλίτιδα αποτελεί μια σπάνια παρενέργεια και έχει παρατηρηθεί στον εμβολιασμό κατά του κοκκύτη. Οι πολύ σπάνιες παρενέργειες από εμβόλιο απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα. Κάποιες από τις **σπάνιες παρενέργειες** των εμβολίων είναι:

1. Πυρετικοί σπασμοί συνήθως συμβαίνουν σε παιδιά κάτω των τριών ετών.

2. Το βρέφος ξαφνικά γίνεται ωχρό, αδύναμο και δεν αντιδρά μία έως 48 ώρες μετά το εμβόλιο. Αμέσως μετά το βρέφος αναρρώνει.
3. Εγκολεασμός (ένα τμήμα του εντέρου γλιστρά μέσα στο επόμενο τμήμα, όπως τα κομμάτια του τηλεσκόπιου και προκαλεί έμφραξη) μπορεί να συμβεί στο βρέφος στην πρώτη έως την έβδομη ημέρα μετά τη χορήγηση της πρώτης ή της δεύτερης δόσης του εμβολίου ροταϊού. Οι ενδείξεις εγκολεασμού περιλαμβάνουν: επεισόδια κλάματος, ωχρότητα, τραβάει τα πόδια του προς το στομάχι.
4. Νευρίτιδα βραχιόνιου (φλεγμονή των νεύρων στο χέρι, προκαλώντας ένα αίσθημα αδυναμίας ή μούδιασμα στο χέρι).
5. Μια σοβαρή αλλεργική αντίδραση (αναφυλαξία), συμβαίνει ξαφνικά, συνήθως μέσα σε 15 λεπτά, αλλά μπορεί να συμβεί μέσα σε λίγες ώρες μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Πρόωρες ενδείξεις αναφυλαξίας περιλαμβάνουν:
ερυθρότητα και ή κνησμός στο δέρμα, αναπνευστικά προβλήματα, μια αίσθηση δυσφορίας.
6. Σύνδρομο Guillain-Barré (GBS) (προκαλεί παράλυση και μερικές φορές μούδιασμα). Το σύνδρομο GBS έχει συσχετιστεί με το εμβόλιο γρίπης είτε σπάνια ή καθόλου (AGNHMRC, 2013).

2.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την Εμβολιαστική Κάλυψη

Σε γενικές γραμμές τα επίπεδα της εμβολιαστικής κάλυψης στον παιδικό πληθυσμό της χώρας μας είναι σήμερα ικανοποιητικά. Στη βελτίωση της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών στη χώρα μας, φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο έχουν διαδραματίσει η δωρεάν διάθεση των εμβολίων από ένα ευρύ δίκτυο εμβολιαστικών κέντρων και η καθιέρωση του βιβλιαρίου υγείας των παιδιών, που περιέχει ειδικές σελίδες για την καταχώρηση των εμβολιασμών. Η συμμετοχή των ίδιων των χρηστών και ειδικότερα στην περίπτωση των παιδιών, των γονιών τους στην τήρηση των εμβολιαστικών δελτίων (patient-held immunization records) και η καλή ενημέρωσή τους σε θέματα ισορροπίας κινδύνου-ωφέλειας των εμβολίων έχει στο διεθνή χώρο βελτιώσει τα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης.

Ενώ όμως το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών στη χώρα μας θεωρείται αρκετά ικανοποιητικό, τα επίπεδα επαρκούς εμβολιαστικής κάλυψης στους *ενήλικες* είναι άγνωστα και πιθανόν χαμηλά. Υποχρεωτικός εμβολιασμός για τέτανο γίνεται κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας. Τα κέντρα που εμβολιάζουν ενήλικες (συνήθως Υγειονομικά Κέντρα των Νομαρχιών) είναι πολύ λιγότερα σε σχέση με εκείνα που εμβολιάζουν παιδιά. Στην πράξη οι υπηρεσίες αυτές ασχολούνται περισσότερο με εμβολιασμούς ειδικών ομάδων πληθυσμού, όπως

είναι οι ναυτικοί και οι μετανάστες παρά με το συστηματικό έλεγχο της εμβολιαστικής κάλυψης των ενηλίκων.

Εμπόδια στην πραγματοποίηση των εμβολιασμών προκύπτουν εκ μέρους:

1. Των χρηστών (ελλιπής ενημέρωση, αμέλεια, δοξασίες και προκαταλήψεις)
2. Των υγειονομικών λειτουργών (εμμονή σε παλαιότερα εμβολιαστικά σχήματα, υπερεκτίμηση των κινδύνων και των παρενεργειών των εμβολίων) και τέλος
3. Των ίδιων των φορέων (ανεπαρκής υποχρεωτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ελλείψεις αποθεμάτων εμβολίων και προσωπικού).

Εκτός από τη συνεχή επαγρύπνηση, σημαντικός παράγοντας για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης είναι η ενημέρωση του πληθυσμού. Ειδικότερα, προβλέπεται ότι μελλοντικά θα είναι δυσκολότερο να διατηρηθούν τα ίδια ικανοποιητικά επίπεδα, καθώς αλλάζει η αντίληψη του κοινού για τη σχέση ανάμεσα στους κινδύνους και τα οφέλη από τον εμβολιασμό. Τα επιτυχή εμβολιαστικά προγράμματα έχουν το τίμημά τους, υπό την έννοια ότι έχουν εξαφανίσει τα αρνητικά πρότυπα της αρρώστιας και των επιπλοκών της από τη μνήμη των νεαρών γονιών με συνέπεια να υποεκτιμάται ο κίνδυνος όταν πρόκειται να αποφασίσουν ποιους εμβολιασμούς θα δεχθούν να γίνουν στο παιδί τους.

Ανάλογα προβλήματα παρατηρούνται και σε σχέση με την εμβολιαστική κάλυψη άλλων ομάδων προτεραιότητας, όπως οι επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με το CDC, οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να είναι καλυμμένοι εμβολιαστικά διότι λόγω της επαφής τους με μολυσμένους ασθενείς και μολυσματικό υλικό από τους ασθενείς, είναι πολύ πιθανό να μολυνθούν και να νοσήσουν.

Για το λόγο αυτό, θα είναι απαραίτητο να υπάρχει πρόγραμμα εμβολιαστικής κάλυψης και να τηρείται με σκοπό την προστασία τόσο του προσωπικού, όσο και των ασθενών των νοσοκομείων (CDC, 1989).

Παρόλα αυτά, από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, φαίνεται ότι γενικά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πολλές φορές εμφανίζεται απρόθυμο να εμβολιστεί για πλήθος λόγων. Η πιο συχνή αιτία που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει τον εμβολιασμό, είναι ο φόβος του προσωπικού για τις πιθανές παρενέργειες των εμβολίων. Ένας εξίσου σημαντικός λόγος που δεν εμβολιάζονται οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι και η μειωμένη εμπιστοσύνη που έχουν ως προς την αποτελεσματικότητα των εμβολίων (Lazorik, et al., 2005).

Ένα ποσοστό των εργαζομένων, θεωρεί ότι ο εμβολιασμός δεν είναι απαραίτητος, καθώς η επαφή με τους ασθενείς είναι μικρή και ο κίνδυνος έκθεσης μειωμένος ή η ανοσία επαρκεί (Harbarth, et al., 1998).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Φωκά και συνεργάτες το 2012, μετά την έξαρση του ιού H1N1, διαπιστώθηκε ότι ένας παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση με το εμβολιαστικό πρόγραμμα είναι η επαρκής γνώση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το εμβόλιο. Στη συγκεκριμένη έρευνα το ποσοστό αποδοχής από το ιατρονοσηλευτικό του εμβολίου κατά της πανδημικής γρίπης A/ H1N1, ήταν μόνο 18,7% προσωπικό (Phoka, et al., 2012).

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που επηρεάζουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη απόφασης για το εάν θα εμβολιαστούν ή όχι, είναι:

1. Φόβος για τις πιθανές παρενέργειες
2. Αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων
3. Πεποίθηση ότι η υφιστάμενη ανοσία επαρκεί
4. Πεποίθηση ότι ο κίνδυνος έκθεσης είναι χαμηλός
5. Μειωμένη γνώση σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων (Lazorik, et al., 2005; Phoka, et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Ποσοστά Εμβολιαστικής Κάλυψης Ενηλίκων

Η εμβολιαστική κάλυψη των ενηλίκων, φαίνεται να υπολείπεται σε σχέση με τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης των ανηλίκων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας του Lazuli και των συνεργατών το 2005, όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, το 58% δεν καλύπτεται διότι ισχυρίζεται ότι ανησυχεί για τις πιθανές παρενέργειες από τον εμβολιασμό ενώ το 31% επέλεξε να μην καλυφθεί μέσω του εμβολιασμού λόγω της δυσπιστίας όσον αφορά αποτελεσματικότητα του εμβολίου (Lazorik, et al., 2005) .

Με βάση τα ποσοστά του CDC ανά είδος εμβολίου, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, τα ποσοστά των ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας που επιλέγουν να εμβολιαστούν, είναι χαμηλά. Αναλυτικότερα, όσον αφορά στο εμβόλιο του πνευμονιόκκοκου, υπολογίζεται ότι για το έτος 2011 το ποσοστό των ενηλίκων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου που επέλεξαν να εμβολιαστούν ανέρχεται στο 21,4%. Αντίθετα τα άτομα

άνω των 65 ετών που με βάση το παγκόσμιο πρόγραμμα εμβολιασμών, επιβάλλεται να εμβολιάζονται για τον πνευμονιόκοκκο φτάνει το 64%.

Όσον αφορά στο εμβόλιο του τετάνου, το CDC, εμφανίζει σχετικά μεγάλο ποσοστό ενηλίκων που έχουν λάβει όλες τις δόσεις του εμβολίου. Το 2012, το ποσοστό των ενηλίκων από 19 έως 49 ετών που έχουν εμβολιαστεί για τον τέτανο αγγίζει το 63,5% ενώ στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών, το ποσοστό πέφτει στο 55,1%. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια των ετών 2005-2012, ηλικίας άνω των 19 ετών, το ποσοστό που επέλεξε να εμβολιαστεί αγγίζει μόνο το 31,4%, ενώ η κάλυψη με το Tdap για τους επαγγελματίες υγείας άνω των 65 ετών βρίσκεται στο 16.9%.

Για την Ηπατίτιδα Α, το ποσοστό των ενηλίκων μεταξύ 19 και 49 ετών είναι εξαιρετικά χαμηλό (12,2%). Στις χώρες της Ασίας είναι παρόμοιο αλλά ελαφρώς αυξημένο (18,7%). Όσον αφορά την Ηπατίτιδα Β, το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης για την ίδια ηλικιακή ομάδα το 2012 ήταν σαφώς μεγαλύτερο και έφτανε το 35,3%, το οποίο είναι παρόμοιο και για το έτος 2011. Παρόλα αυτά, το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης για τους επαγγελματίες υγείας το 2011 ανέρχεται στο 65% και διαφέρει σημαντικά σε σχέση με τα προηγούμενα ποσοστά.

Τέλος το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων, στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 19 και 26 ετών, εμφανίζει ποσοστό κάλυψης το 34,5% το οποίο θεωρείται επίσης χαμηλό (CDC, 2014).

3.2. Ποσοστά Εμβολιαστικής Κάλυψης Επαγγελματιών Υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας, παρά το γεγονός ότι θεωρείται αυτονόητο ότι οφείλουν να είναι καλυμμένοι προκειμένου να προστατευτούν οι ίδιοι, οι οικογένειές τους και οι ασθενείς μέσω του εμβολιασμού, φαίνεται ότι δε συμμορφώνονται με τις προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) που αφορούν τον εμβολιασμό (WHO, 2014).

Ένα παράδειγμα αυτής της κατάστασης, είναι η μελέτη του Petrovic και των συνεργατών το 2001, που μελετά το ποσοστό κάλυψης της δεύτερης δόσης του εμβολίου MMR στο προσωπικό υγείας. Με βάση τα ευρήματα της έρευνας αυτής, βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό που φτάνει το 72%, θεωρεί ότι η δεύτερη δόση του συγκεκριμένου εμβολίου δεν είναι καθόλου απαραίτητη (Petrovic, et al., 2001).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτουν παρόμοια ποσοστά και για τα υπόλοιπα είδη εμβολίων που απευθύνονται σε ενήλικες και συγκεκριμένα σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι επαγγελματίες υγείας. Η έρευνα των Canning και των συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2005 παρουσιάζει εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού στο προσωπικό των

νοσοκομείων για το εμβόλιο της εποχιακής γρίπης. Συγκεκριμένα μεταξύ Οκτωβρίου και Δεκεμβρίου 2002 εμβολιάστηκε μόνο το 7,6%. Το 29% του προσωπικού δήλωσε ότι δεν γνώριζε ότι είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός ενάντια στον ιό της γρίπης, το 18% δεν γνώριζε ότι υπήρχε εμβόλιο και το 11% δεν εμβολιαζόταν λόγω του φόβου των παρενεργειών από την λήψη του εμβολίου (Canning, et al., 2005).

Η έρευνα του Lazorik και των συνεργατών αποκάλυψε ότι το 84% του προσωπικού νοσοκομείου δεν εμβολιάστηκε, παρά το γεγονός ότι το νοσοκομείο προέτρεψε όλους τους εργαζόμενους να εμβολιαστούν (Lazorik, et al., 2005).

Τα ίδια ποσοστά εμφανίζονται και σε παλιότερες έρευνες που αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού νοσοκομείου. Σε πολλά Πανεπιστημιακά νοσοκομεία στον κόσμο, παρά το γεγονός ότι παρέχεται και εκπαίδευση σχετικά με τον εμβολιασμό, το προσωπικό επιλέγει να μην εμβολιαστεί, καθώς θεωρεί ότι έχει επαρκή ανοσία ακόμα και χωρίς να εμβολιαστεί και αυτό ανέδειξε και η έρευνα του Harbarth και των συνεργατών, με ποσοστό 32%. Το 23% του προσωπικού του νοσοκομείου που διεξήχθη η μελέτη ισχυριζόταν ότι έχει χαμηλό κίνδυνο έκθεσης στον χώρο της εργασίας ενώ 19% δήλωσε ότι αμφιβάλει για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (Harbarth, et al., 1998).

3.3. Στρατηγικές αύξησης της Εμβολιαστικής Κάλυψης των Επαγγελματιών Υγείας

Η έμφαση στους τομείς της διαθεσιμότητας και του ποιοτικού ελέγχου των εμβολίων, παράλληλα με τη συνεχή ενημέρωση των υγειονομικών και του ευρύτερου κοινού πιστεύεται ότι μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης και να μειώσει ακόμη περισσότερο τη συχνότητα των προλήψιμων με εμβολιασμούς λοιμωδών νοσημάτων. Αναφορικά με τον πυλώνα της διαθεσιμότητας, ενδεικτικοί στόχοι είναι:

1. Διαθεσιμότητα όλων των απαραίτητων εμβολίων από τις εμβολιαστικές Υπηρεσίες σε συνεχή βάση και χωρίς επιβάρυνση των προσερχομένων για εμβολιασμό.
2. Μαζικός εμβολιασμός με εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, αφού είναι γνωστό ότι η νόσος ενδημεί στη χώρα μας.
3. Διάθεση του εμβολίου BCG και σε ιδιώτες ιατρούς.
4. Δυνατότητα εμβολιασμού ενηλίκων συνοδών στα κέντρα που εμβολιάζουν τα παιδιά τους.

5. Εμβολιασμοί στους τόπους δουλειάς και κατά τη στρατιωτική θητεία.

Αναφορικά με τον ποιοτικό έλεγχο, ενδεικτικά μέσα διασφάλισης ποιότητας είναι:

1. Συστηματικός έλεγχος της αλυσίδας ψύξης και
2. Τήρηση των διαδικασιών ποιοτικού ελέγχου των εμβολίων τόσο από την πλευρά της Πολιτείας όσο και από τους ίδιους του υγειονομικούς λειτουργούς.

Τέλος, αναφορικά με τη διαφώτιση του γενικού κοινού επιμέρους δράσεις αποτελούν:

1. Αύξηση του ποσοστού εμβολιασθέντων σε υποβαθμισμένες ομάδες του πληθυσμού και σε ομάδες αυξημένου κινδύνου.. Αναγκαιότητα διενέργειας εμβολιασμών στους ενήλικες.
2. Λεπτομερέστερη ενημέρωση των γονιών τόσο από τους υγειονομικούς όσο και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για το εμβολιαστικό σχήμα που ακολουθείται καθώς και τους κινδύνους και τα οφέλη των εμβολιασμών.
3. Παρακολούθηση της συμμόρφωσης στο συνιστώμενο εμβολιαστικό σχήμα και ενθάρρυνση για τη συνέχιση του σταδιακά με χρήση νέων τεχνολογιών. Παρότρυνση των υγειονομικών λειτουργών να ακολουθούν κατά το δυνατόν ενιαία πολιτική στο βασικό σχήμα εμβολιασμών.

Ειδικά όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, είναι πολύ σημαντικό, να σχεδιαστούν στρατηγικές αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης, τόσο για την προστασία των ίδιων, όσο και για την ενημέρωση του συνόλου του πληθυσμού μέσω των επαγγελματιών υγείας.

Οι τρεις κύριες παρεμβάσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού στους επαγγελματίες υγείας είναι η αύξηση της ζήτησης, η ενίσχυση της πρόσβασης καθώς και η μείωση των εμποδίων στην παροχή του εμβολίου.

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι στις περιπτώσεις ιδρυμάτων που διαθέτουν ένα άτομο από το διοικητικό προσωπικό το οποίο είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό και τη διαχείριση του προγράμματος εμβολιασμού του προσωπικού, παρατηρείται αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης, αφού μέσω αυτού του θεσμού, εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα εμβολιασμού πιο οργανωμένο (NFID, 2004; Raftopoulos, 2008).

Πολύ σημαντική είναι η δέσμευση της διοίκησης του εκάστοτε ιδρύματος, αφού μέσω αυτής παρέχονται κονδύλια του προϋπολογισμού για τη στήριξη του προγράμματος του

εμβολιασμού. Με την υποστήριξη των ανώτερων στελεχών της διοίκησης οι υπηρεσίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εξασφαλίσουν υψηλότερα ποσοστά εμβολιασμού.

Σε κρατικό επίπεδο, είναι πολύ σημαντικό να θεσπιστεί μια διαδικασία η οποία να περιλαμβάνει γραπτή δέσμευση του κάθε εργαζόμενου που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς ότι είναι εμβολιασμένος (NFID, 2004). Παράλληλα θα πρέπει να εξασφαλίζεται εύκολη πρόσβαση στο εμβόλιο από τους επαγγελματίες υγείας και τους άλλους εργαζομένους μέσω κινητών μονάδων εμβολιασμού, όπως τα καροτσάκια, μπορούν να διανέμουν το εμβόλιο όπου και να βρίσκονται οι επαγγελματίες υγείας. Με την εξασφάλιση της λειτουργίας των κλινικών εμβολιασμού καθόλη τη διάρκεια του ωραρίου ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν όλες τις βάρδιες (Dash, et al., 2004; Raftopoulos, 2008). Πολύ σημαντική είναι και η παροχή δωρεάν από όλα τα ιδρύματα του εμβολίου για όλους τους επαγγελματίες υγείας ανεξαιρέτως ειδικότητας (NFID, 2004; Dash, et al., 2004; Raftopoulos, 2008).

Όσον αφορά τη διαδικασία που μπορεί να ακολουθηθεί από το προσωπικό που θα αναλάβει την υπενθύμιση του εμβολιασμού του προσωπικού είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί κάθε πρόσφορο μέσο. Τα μέσα αυτά, περιλαμβάνουν την μετάδοση μηνυμάτων που περιγράφουν τη σημασία του εμβολιασμού του προσωπικού της υγείας. Τα μηνύματα αυτά μπορούν να μεταδίδονται με τους παρακάτω τρόπους:

1. Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
2. Μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων
3. Με αφίσες
4. Με σλόγκαν τα οποία μπορούν να μεταδίδονται με κονκάρδες ή αυτοκόλλητα
5. Με εικονομηνύματα μέσω κινητών τηλεφώνων (NFID, 2004, Dash, et al., 2004; Raftopoulos, 2008).

Τέλος είναι απαραίτητη η συνεχόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων που θα πρέπει να δεσμευτεί η διοίκηση του κάθε ιδρύματος για τη διεξαγωγή και αποτίμησή τους (Raftopoulos, 2008, Loulergue et al., 2009, Dedoukou, et al., 2010).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Ερευνητική Υπόθεση, Υλικό και Μέθοδος

4.1.1. Ερευνητική Υπόθεση

Ο εμβολιασμός ως μέσο προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές προληπτικές παρεμβάσεις της ιατρικής επιστήμης. Θεωρείται ως ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας και καθοριστικό μέσο για τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας (Medzhitov & Janeway, 2000).

Ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες που μπορούν να προληφθούν με τον εμβολιασμό. Παράλληλα, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών τους και κυρίως αυτών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση και θάνατο, όπως παραδείγματος χάρη νεογνά και άτομα με χρόνια νοσήματα. Για τους λόγους αυτούς, είναι απαραίτητος ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, ως βασικό μέσο για την προαγωγή της ασφάλειας. Στη χώρα μας συστήνεται ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας κατά της ηπατίτιδας Α και της ηπατίτιδας Β, της εποχικής γρίπης, της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς, κατά της διφθερίτιδας-τετάνου, και κατά περίπτωση κατά του μηνιγγιτιδοκόκκου (Υπουργείο Υγείας & Αλληλεγγύης, 2012).

Με βάση τη βιβλιογραφία, στην Ελλάδα παρατηρείται μία χαμηλή συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στις συστάσεις των ειδικών για εμβολιαστική κάλυψη (Κυριαζής και συν., 2009, Σαρίδη και συν., 2010). Η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας έναντι της εποχικής γρίπης είναι περίπου 23% (Dedoukou et al, 2010). Ένα σημαντικό ποσοστό των νέων επαγγελματιών υγείας παραμένουν επίνοσοι ή μερικώς εμβολιασμένοι, όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη έναντι ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας, μηνιγγιτιδόκοκκου C και ηπατίτιδας A (Maltezos et al, 2010, Rachiotis et al, 2010). Το ποσοστό των εμβολιασμένων έναντι της Ηπατίτιδας B κυμαίνεται περίπου στο 56% (Κυριαζής και συν., 2009). Ο κύριος λόγος άρνησης εμβολιασμού αφορά την ασφάλεια των εμβολίων (Maltezos et al, 2010) και ακολουθούν το έλλειμμα γνώσης για τη νόσο και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων εμβολίων (Μπροκαλάκη, 2009). Παρόλα αυτά, το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας συμβάλλει θετικά στην αύξηση του ποσοστού του εμβολιασμού (Σαρίδη και συν., 2010). Επίσης η ενημέρωση και η εκπαίδευση μπορούν να συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στη σημαντική αύξηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης (Κυριαζής και συν., 2009, Μπροκαλάκη, 2009, Σαρίδη και συν., 2010).

4.1.2. Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της διατριβής αυτής είναι να καταγράψει την έκταση της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών. Η κάλυψη μελετήθηκε αναφορικά με συγκεκριμένα εμβόλια [Ηπατίτιδα Α, Ηπατίτιδα Β, MMR (ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα), Γρίπης, Πνευμονιόκοκκου, Διφθερίτιδας-Τετάνου]. Εκτός της κάλυψης αυτής κάθε αυτής, μετρήθηκαν συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται και ενδεχομένως επιδρούν σε αυτή. Για παράδειγμα προσδιορίστηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις αναφορικά με τα μέτρα ατομικής προστασίας που πρέπει να λαμβάνει το προσωπικό (αν γνωρίζει τι πρέπει να κάνει κ.λπ.).

Επιπλέον, διανεμήθηκε φυλλάδιο το οποίο είχε ως σκοπό να ενημερώσει το προσωπικό και να το ευαισθητοποιήσει για τα θέματα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Επίσης πραγματοποιήθηκε διάλεξη εντός του χώρου του Νοσοκομείου στην οποία αναφέρθηκε η σημασία του εμβολιασμού και τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας που μπορούν να λάβουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο της εργασίας τους. Τέλος, προσδιορίστηκε η επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως ηλικία, φύλο, ειδικότητα κ.λπ. στην έκταση της εμβολιαστικής κάλυψης.

4.1.3. Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της διατριβής είναι τα εξής:

1. Να διαπιστωθεί το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας
2. Να προσδιοριστούν και μετρηθούν βασικοί παράγοντες που σχετίζονται και επιδρούν στην εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων στο χώρο της υγείας
3. Να διαπιστωθούν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά μέτρα προαγωγής και προώθησης της υγείας, όπως ο εμβολιασμός.
4. Να καλυφθούν πιθανά ελλείμματα γνώσης και να αντιμετωπιστούν θέματα άγνοιας και στάσεις αδιαφορίας του προσωπικού, μέσω της ενημέρωσης και πληροφόρησης του προσωπικού του Νοσοκομείου για τη σημασία του εμβολιασμού, ως μέτρο άμεσης προστασίας των ιδίων και έμμεσης προστασίας των ασθενών.
5. Να μετρηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας πριν και μετά τις παρεμβάσεις πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης, ώστε να διαπιστωθεί ποιά είναι η επίδραση της ενημέρωσης στη στάση των επαγγελματιών υγείας.

4.1.4. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Ορισμένα από τα κυριότερα ερευνητικά ερωτήματα που επιδιώχθηκε να απαντηθούν μέσα από τη μελέτη αυτή ήταν τα ακόλουθα:

1. Ποιά είναι η έκταση της κάλυψης στα διάφορα εμβόλια στους επαγγελματίες υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών;
2. Το προσωπικό γνωρίζει τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία του από τις ασθένειες;
3. Το προσωπικό λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία του από τις ασθένειες;
4. Επιδρούν διάφοροι παράγοντες όπως η εκπαίδευση και η προϋπηρεσία στις γνώσεις και στις στάσεις των εργαζομένων στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών;

Τα ευρήματα που αντιστοιχούν στα ερωτήματα αυτά παρατίθενται αρχικά σε γραφική και αριθμητική μορφή στην ενότητα «αποτελέσματα» και ακολούθως αναλύονται σε σχέση με την υφιστάμενη βιβλιογραφική γνώση στην ενότητα της συζήτησης και των συμπερασμάτων.

4.1.5. Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας

Η αναγκαιότητα και η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης έρευνας προέκυψε μετά από μελέτη βιβλιογραφίας η οποία αναφέρει σε πάρα πολλά ελληνικά και ξενόγλωσσα άρθρα ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για λοιμώξεις από νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Παραδείγματος χάριν, υπολογίζεται ότι περίπου μόλις το 18-23% των επαγγελματιών υγείας εμβολιάζονται με το αντιγριπικό εμβόλιο κάθε έτος ενώ το ποσοστό πλήρους εμβολιαστικής κάλυψης διαχρονικά κυμαίνεται περίπου στο 35% (Canning, et al., 2005). Αυτά τα χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης δημιουργούν ερευνητικά ερωτήματα, ιδίως όταν όλα τα εμβόλια παρέχονται δωρεάν στους ασφαλισμένους. Είναι ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας να διατηρούν υψηλά επίπεδα ανοσίας έναντι των μεταδοτικών νοσημάτων (ηπατίτιδας, γρίπης, πνευμονιόκκοκου κ.λπ.) όχι μόνο για δική τους προστασία αλλά και για τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης των λοιμώξεων αυτών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού συντελούν στην υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών για τη λήψη μέτρων προστασίας με σκοπό την προστασία των ιδίων, των οικογενειών τους και των ασθενών (Medzhitov & Janeway, 2000).

4.2 Υλικό και Μέθοδος

4.2.1. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτή της ποσοτικής έρευνας. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 34 κλειστού και 4 ανοικτού τύπου ερωτήσεις (το οποίο και παρουσιάζεται αναλυτικά στο **Παράρτημα 2**). Το ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο και έχει χρησιμοποιηθεί σε προγενέστερη δημοσιευμένη έρευνα. Πιο αναλυτικά:

Στην πρώτη ενότητα, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Αναλυτικά ζητείται να συμπληρωθεί η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των τέκνων, οι ηλικίες των τέκνων, οι εμβολιασμοί τέκνων, η προϋπηρεσία, η εκπαίδευση, ο τομέας απασχόλησης, το τμήμα απασχόλησης, η νοσηλευτική (ή άλλη) εμπειρία στο τμήμα και η εμβολιαστική κάλυψη κατά την παιδική ηλικία.

Στη δεύτερη ενότητα διερευνώνται οι γνώσεις που αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη. Συγκεκριμένα, τίθενται ερωτήσεις σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να έχει κάνει κάποια εμβόλια, αν πιστεύουν ότι οι γνώσεις τους για την εμβολιαστική κάλυψη των νοσηλευτών είναι επαρκείς, αν κάνουν συστηματικά ανοσολογικό έλεγχο και κάθε

πότε. Αν και κάθε πότε κάνουν τη δοκιμασία φυματινοαντίδρασης Mantoux, της ηπατίτιδας β και αν έχουν καλυφθεί με εμβόλια πριν ή αφού προσληφθούν στο Νοσοκομείο.

Η τρίτη ενότητα αφορά ερωτήσεις σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, ζητείται να αναφέρουν για ποιες ασθένειες έχουν εμβολιαστεί, τους λόγους για τους οποίους εμβολιάστηκαν (από προσωπική επιλογή, από πρωτοβουλία του Νοσοκομείου, από σύσταση συναδέλφου, μετά από σεμινάριο ενημέρωσης), το λόγο για τον οποίο εμβολιάστηκαν(ατύχημα στο χώρο εργασίας, προσωπική πρωτοβουλία, υποχρεωτικός εμβολιασμός, ενημέρωση στο χώρο εργασίας), αν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων και αν όχι ποιες δόσεις έχουν παραλείψει. Για όσους δεν εμβολιάστηκαν ζητείται ο λόγος για τον οποίο κατέληξαν σε αυτή την απόφαση.

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αφορά τις απόψεις και στάσεις απέναντι σε θέματα εμβολιασμού. Αναλυτικότερα, ζητείται να καθορίσουν με το κατά πόσο συμφωνούν με το εάν οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι, αν έχουν μεγάλο φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να μου κάνουν κακό, αν κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει, αν αυτά που λέει ο γιατρός για τα εμβόλια τα επιβεβαιώνουν κι από αλλού, αν προτιμούν να περάσουν κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό, αν είναι μπερδεμένοι σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους, αν νοιώθουν τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδιά είχαν πολύ κακές εμπειρίες αν συμφωνούν με το αν όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του, αν το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους, αν προσπαθούν να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη, αν τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας και αν πολλές ενέργειες για τη διάδοση ορισμένων νέων εμβολίων γίνονται για οικονομικό κέρδος.

Στην ίδια ενότητα τίθεται η ερώτηση που αφορά ποιους εμπιστεύονται για τη σωστή ενημέρωση σε θέματα εμβολίων και σε ποιο βαθμό (το γιατρό, τη νοσηλεύτρια, τους φίλους, συγγενείς, τις επίσημες ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας, τα βιβλία, τα περιοδικά, τις ειδήσεις στις εφημερίδες και την τηλεόραση, τα ρεπορτάζ ή αφιερώματα των εφημερίδων, τις ενημερωτικές εκπομπές στην τηλεόραση, το διαδίκτυο). Επιπλέον ζητείται να αναφέρουν διάφορα προβλήματα που έχουν ανακύψει και έχουν επηρεάσει την απόφασή τους να εμβολιαστούν ή όχι, όπως η μακρινή απόσταση από τα κέντρα εμβολιασμού, τις άβολες ώρες λειτουργίας των κέντρων, το κόστος των εμβολίων και των επισκέψεων και τη συμπεριφορά του προσωπικού που εμβολιάζει).

Τέλος ζητείται να προσδιοριστεί αναλυτικά ο λόγος για τον οποίο δεν έχουν εμβολιαστεί, από πού αντλούν τις πληροφορίες σε θέματα εμβολιασμού και ποιές κατηγορίες ενηλίκων θεωρούν ότι πρέπει οπωσδήποτε να εμβολιάζονται.

4.2.2. Δείγμα

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 110 επαγγελματίες υγείας του Οφθαλμιατρείου Αθηνών, στους οποίους δόθηκε η οδηγία να συμπληρωθεί ανώνυμα. Από αυτούς τους επαγγελματίες ανταποκρίθηκαν οι 102. Στο σύνολό τους ήταν σωστά συμπληρωμένα και σε λίγα εξ αυτών έλειπαν απαντήσεις σε κάποιες εκ των ερωτήσεων. Σε ποσοστό 93% περίπου τα ερωτηματολόγια ήταν πλήρως συμπληρωμένα.

4.2.3. Διαδικασία αδειοδότησης

Προκειμένου να μπορέσουν να διανεμηθούν τα ερωτηματολόγια στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών, ζητήθηκε η άδεια του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, η οποία και δόθηκε μέσα σε λιγότερο από ένα μήνα (η έγκριση της διεξαγωγής της ερευνητικής μελέτης παρουσιάζεται στο **Παράρτημα 4**). Μετά τη συλλογή της άδειας αυτή, ξεκίνησε η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας.

4.2.4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για την ολοκλήρωση της έρευνας το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ερωτηματολόγιο με 38 ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε περίπου 10 λεπτά. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε μέσα σε ένα μήνα και συγκεκριμένα το Μάρτιο του 2015.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση) και επαγγελματικά στοιχεία (προϋπηρεσία, τομέας και τμήμα απασχόλησης). Ταυτόχρονα ρωτήθηκαν άλλες πληροφορίες, όπως η εμβολιαστική κάλυψη κατά την παιδική ηλικία, ο αριθμός, οι ηλικίες και η εμβολιαστική κάλυψη των τέκνων.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την εμβολιαστική κάλυψη. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν την παρούσα εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας καθώς και τους κύριους λόγους που οδήγησαν στην απόφαση εμβολιασμού ή αποχής από τον εμβολιασμό.

Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 3 ερωτήσεις ανοικτού τύπου που είχαν ως στόχο να καταγράψουν τις απόψεις και τις στάσεις των

επαγγελματιών υγείας για θέματα εμβολιασμού. Οι περισσότερες ερωτήσεις έδιναν τη δυνατότητα μίας κλίμακας απαντήσεων όπως Πολύ/Αρκετά/Μέτρια/Λίγο/ Καθόλου ή Συμφωνώ/Μάλλον Συμφωνώ/ Μάλλον διαφωνώ/Διαφωνώ/Δεν ξέρω.

4.2.5. Διαδικασία διανομής και συλλογής δεδομένων

Για αποφυγή μεροληψιών, προσκλήθηκαν να συμμετέχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας του Οφθαλμιατρείου Αθηνών και η δειγματοληψία ολοκληρώθηκε για το σύνολο του πληθυσμού μελέτης μέσα σε ένα μήνα.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε από την ίδια την ερευνήτρια. Κατά τη διανομή, επεξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και διασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτηματολογίων. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε μέσα σε κλειστούς φακέλους, σε συνεργασία με τους Υπεύθυνους των διαφόρων Τμημάτων του Νοσοκομείου.

4.2.6. Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης

Η ερευνητική μελέτη, πέρα από τη διανομή του ερωτηματολογίου, περιελάμβανε και δύο μορφών παρεμβάσεις:

1) προφορική και γραπτή ενημέρωση (διανομή φυλλαδίου) στο προσωπικό του Νοσοκομείου (το οποίο και παρουσιάζεται αναλυτικά στο **Παράρτημα 3**) και

2) παρουσίαση (διάλεξη) που αφορά τον εμβολιασμό και η οποία πραγματοποιήθηκε σε ειδικά διαμορφωμένη αίθουσα του Νοσοκομείου.

Οι δύο παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν με την υποστήριξη του Γραφείου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Οφθαλμιατρείου Αθηνών. Η διανομή του ενημερωτικού φυλλαδίου έγινε σε όλους τους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου από την ίδια την ερευνήτρια. Η ενημερωτική παρουσίαση/ διάλεξη πραγματοποιήθηκε εντός του χώρου του Νοσοκομείου από την ίδια την ερευνήτρια και προσκλήθηκε σε αυτή το σύνολο των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου. Το ποσοστό συμμετοχής σε αυτήν κυμάνθηκε περίπου στο 15%. Οι ανωτέρω παρεμβάσεις έγιναν μετά τη διανομή και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου.

4.2.7. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Κατασκευάστηκαν διάφορα διαγράμματα, όπως ραβδογράμματα και πίτες ανάλογα με την περίπτωση καθώς και πίνακες συχνοτήτων για κάθε περίπτωση. Στη συνέχεια έγιναν έλεγχοι για να εξακριβωθεί κατά πόσον υπάρχει κάποια εξάρτηση ανάμεσα σε κάποιους παράγοντες και των απόψεων που επικρατούν για τον εμβολιασμό και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για να ελεγχθεί αν υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δύο χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκε η τιμή του p-value και του ελέγχου ανεξαρτησίας χ-τετράγωνο στην περίπτωση δύο ποιοτικών μεταβλητών. Έγινε έλεγχος t-test για να εξεταστούν πιθανές διαφορές μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών με δύο επίπεδα και ανάλυση διακύμανσης (Analysis Of Variance - ANOVA) για ανεξάρτητες μεταβλητές με περισσότερα από δύο επίπεδα. Θεωρήθηκε ως επίπεδο σημαντικότητας το 5% και απορρίφθηκε η υπόθεση της ανεξαρτησίας εάν το p-value του ελέγχου ήταν κάτω από το 0.05.

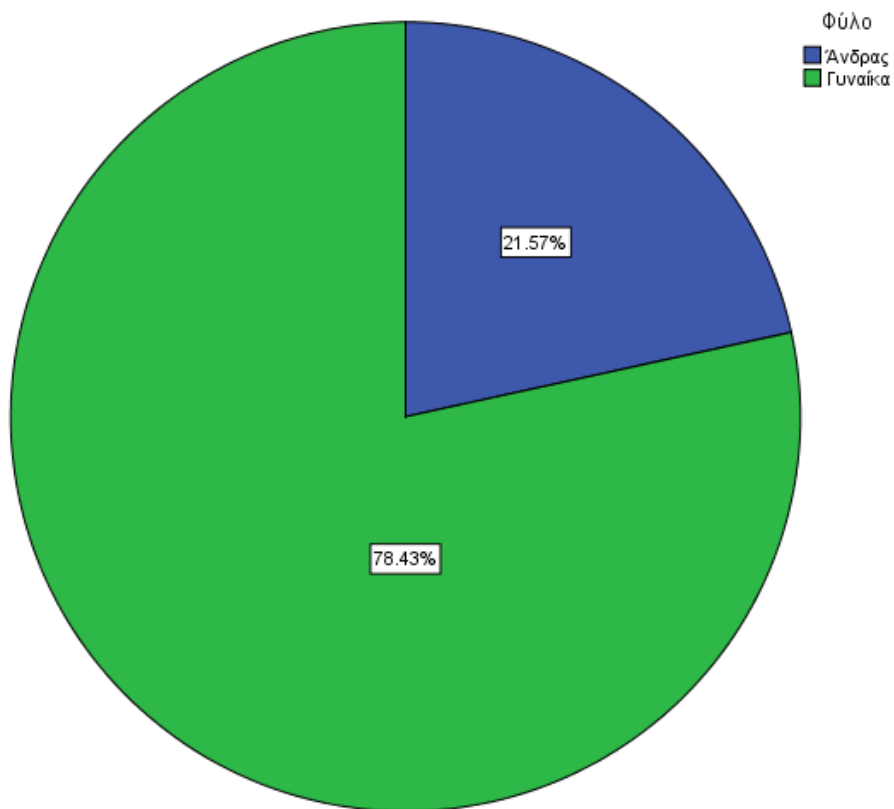
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο ανάλυσης κοινωνικών επιστημών (SPSS 22.0). Το δείγμα αποτελούνταν από 102 επαγγελματίες υγείας του Οφθαλμιατρείου Αθηνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

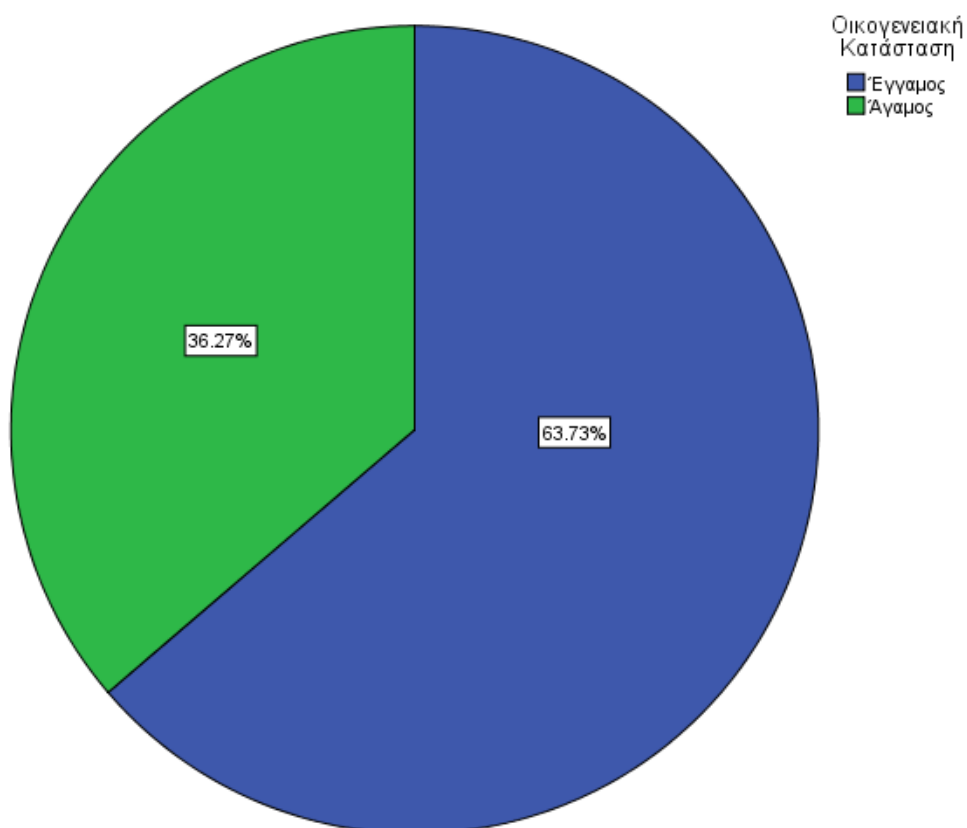
5.1. Αποτελέσματα

5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία

Στην πρώτη αυτή ενότητα, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως φαίνεται από το επόμενο γράφημα, το 21,57% των συμμετεχόντων είναι άνδρες και το 78,43% είναι γυναίκες. Αντίστοιχα, από το Γράφημα 2 φαίνεται πως το 63,73% των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι και το 36,27% άγαμοι.



Γράφημα 5.1. Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο

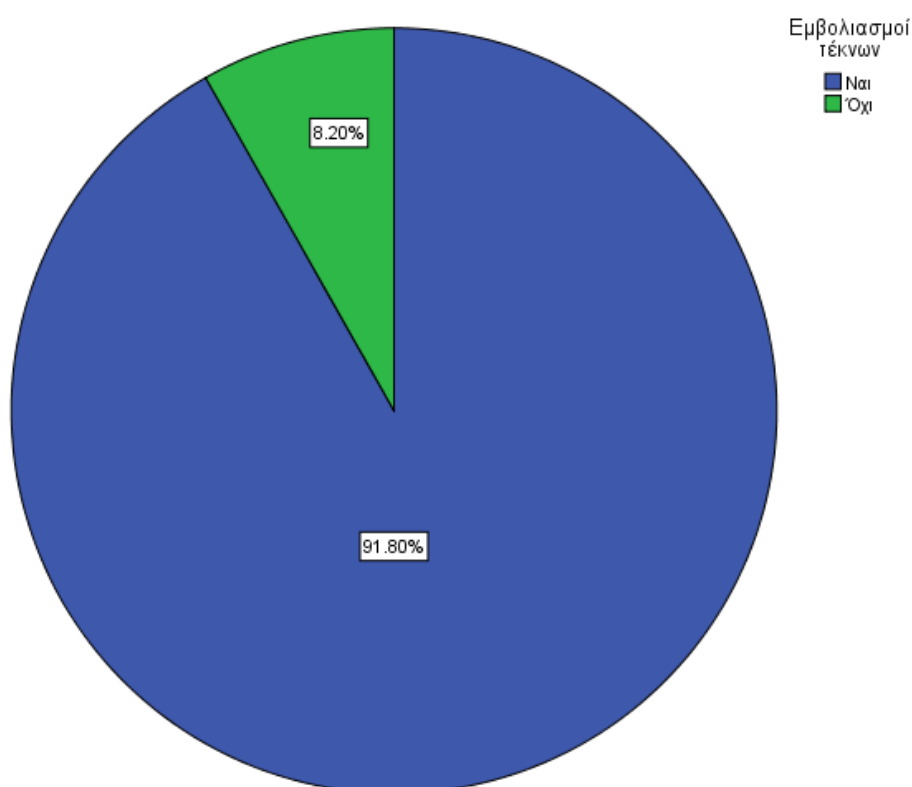


Γράφημα 5.2. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Στον επόμενο πίνακα φαίνεται πως από όσους είχαν παιδιά, κατά μέσο όρο είχαν 1.6 παιδιά με ηλικίες κατά μέσο όρο 10.7 έτη, ενώ στο Γράφημα 3 φαίνεται πως η συντριπτική πλειονότητα αυτών φροντίζει για τα εμβόλιά τους.

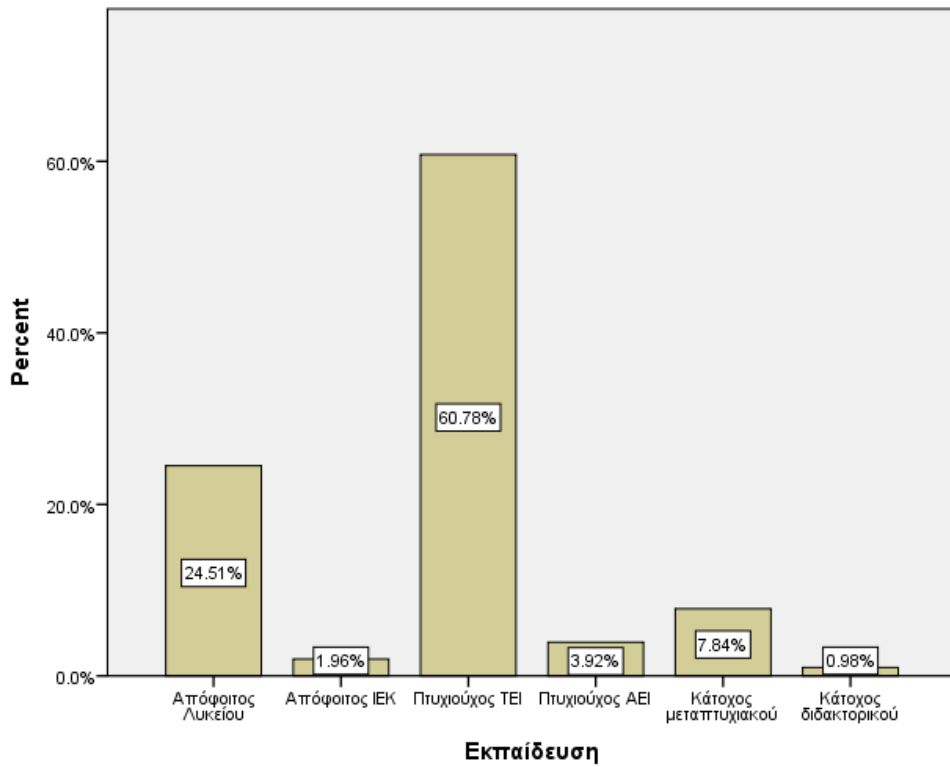
Πίνακας 5.1. Αριθμός τέκνων και ηλικίες τέκνων δείγματος

	Αριθμός τέκνων	Ηλικίες τέκνων
Μέση τιμή	1.64	10.75
Τυπική απόκλιση	.616	6.541
Ελάχιστη τιμή	1	2
Μέγιστη τιμή	3	24

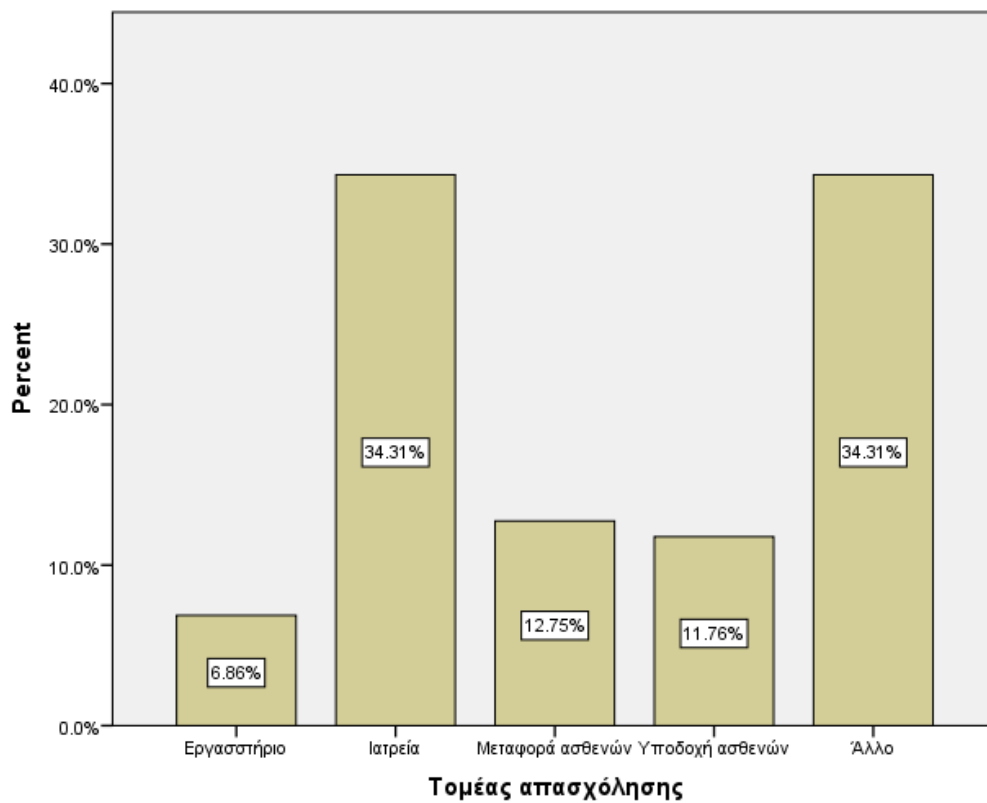


Γράφημα 5.3. Κατανομή δείγματος με βάση τον εμβολιασμό των παιδιών τους

Αναφορικά με την εκπαίδευση των συμμετεχόντων, στο επόμενο γράφημα φαίνεται πως το 60,78% είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ και το 24,51% απόφοιτοι λυκείου. Αντίστοιχα, σχετικά με τον τομέα απασχόλησης, το 34,31% εργάζεται σε ιατρεία.



Γράφημα 5.4 Κατανομή δείγματος με βάση την εκπαίδευση

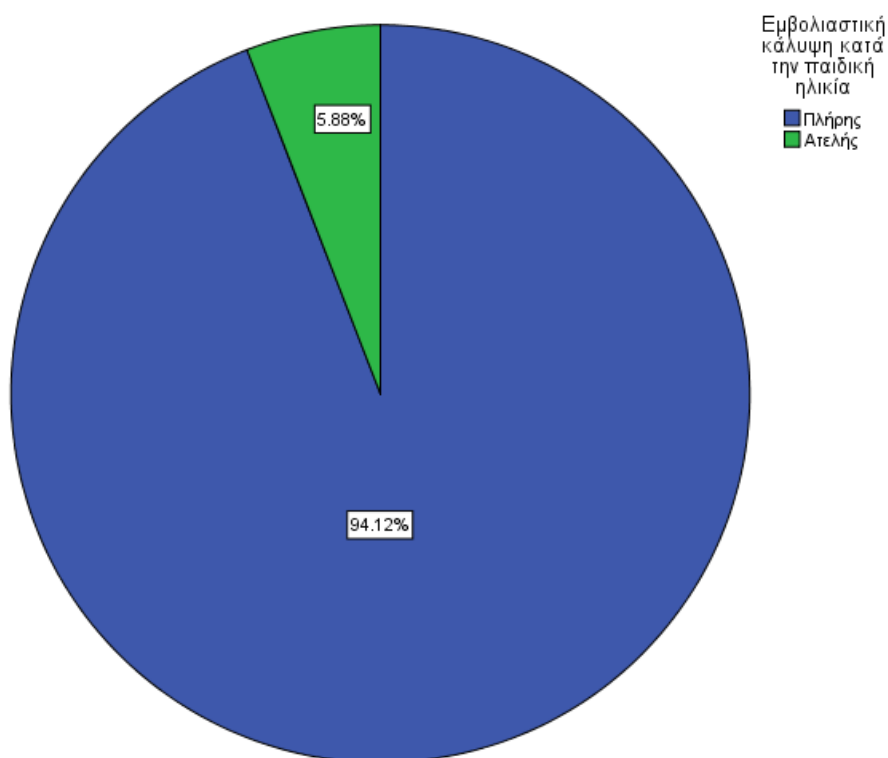


Γράφημα 5.5. Κατανομή δείγματος με βάση τον τομέα απασχόλησης

Τέλος, κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες έχουν προϋπηρεσία 17.2 έτη, ενώ δηλώνουν σε ποσοστό 94,12% πως είχαν πλήρη εμβολιαστική κάλυψη κατά την παιδική τους ηλικία.

Πίνακας 5.2. Προϋπηρεσία δείγματος

	Προϋπηρεσία
Μέση τιμή	17.275
Τυπική απόκλιση	7.8090
Ελάχιστη τιμή	3.5
Μέγιστη τιμή	27.2

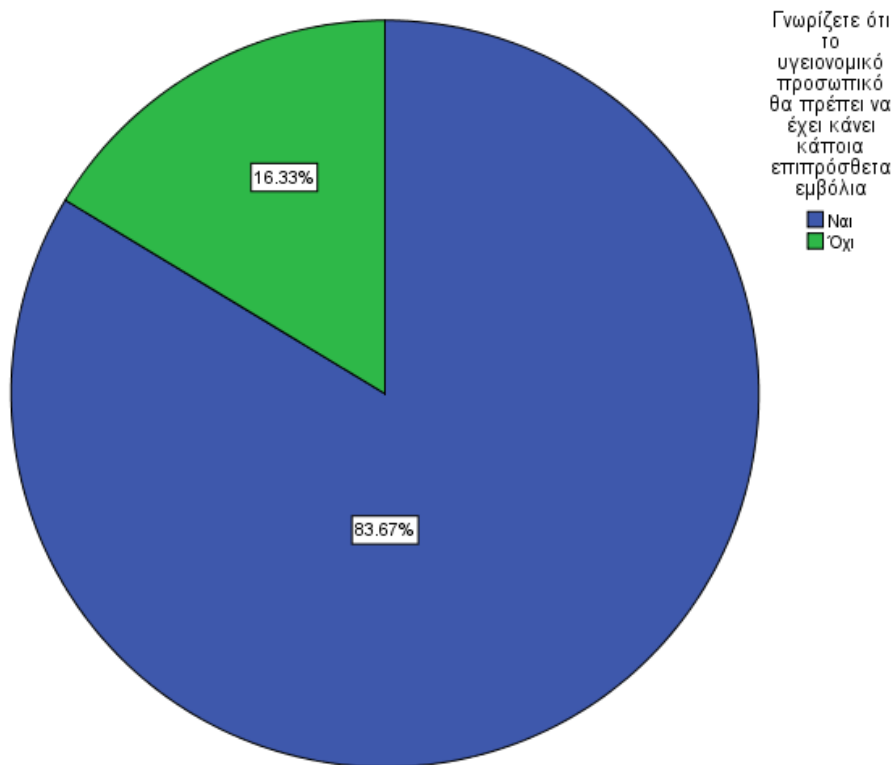


Γράφημα 5.6. Κατανομή δείγματος με βάση την εμβολιαστική κάλυψη κατά την παιδική ηλικία

5.1.2. Γνώσεις που αφορούν στην Εμβολιαστική Κάλυψη

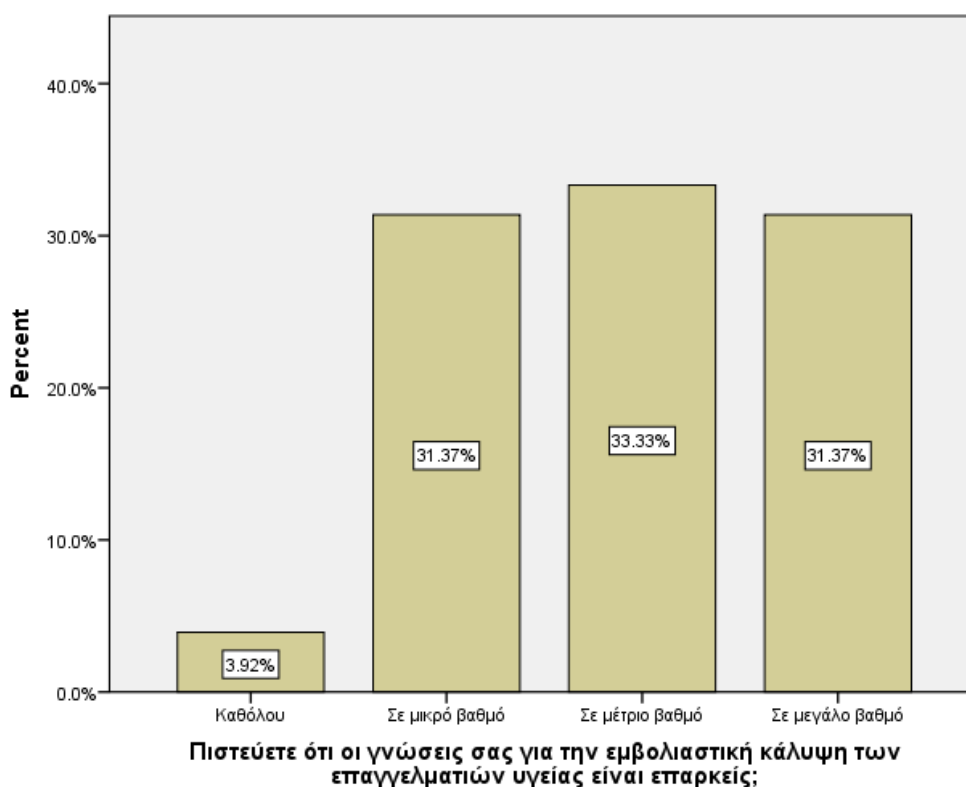
Η δεύτερη αυτή ενότητα συνοψίζει τα αποτελέσματα αναφορικά με τις γνώσεις των συμμετεχόντων, οι οποίες αφορούν στην εμβολιαστική κάλυψη. Όπως φαίνεται στο επόμενο

γράφημα, το 83,67% γνωρίζει πως το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να έχει κάνει κάποια επιπρόσθετα εμβόλια.



Γράφημα 5.7. Κατανομή δείγματος με βάση τις γνώσεις για επιπρόσθετα εμβόλια

Αντίστοιχα, φαίνεται πως οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι οι γνώσεις τους για την εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας είναι επαρκείς σε μεγάλο βαθμό (για το 31,7%) και σε μέτριο βαθμό (για το 33,3%).



Γράφημα 5.8. Κατανομή δείγματος με βάση την άποψη για την επάρκεια των γνώσεων τους για την εμβολιαστική κάλυψη

Η συντριπτική πλειονότητα δεν κάνει συστηματικά τη δοκιμασία φυματινοαντίδρασης Mantoux (92,2%). Από την άλλη μεριά, το 40,2% ελέγχει τακτικά τους τίτλους αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β, όπως φαίνεται από τον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 5.3. Συστηματικότητα ελέγχων φυματινοαντίδρασης Mantoux και αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β των ερευνώμενων

	Ναι	Όχι
Κάνετε συστηματικά τη δοκιμασία φυματινοαντίδρασης Mantoux;	7.8%	92.2%
Ελέγχετε τακτικά τους τίτλους αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β;	40.2%	59.8%

Όσον αφορά στον συστηματικό έλεγχο της δοκιμασίας φυματινοαντίδρασης Mantoux, από τους λίγους που την κάνουν συστηματικά, την κάνουν κάθε 4.3 έτη. Από την άλλη μεριά, αναφορικά με τον τακτικό έλεγχο για τους τίτλους αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β, όσοι τον πράττουν το κάνουν κατά μέσο όρο κάθε 1.7 έτη.

Πίνακας 5.4. Συχνότητα ελέγχων ελέγχων φυματινοαντίδρασης Mantoux και αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β των ερευνώμενων

	Αν ναι κάθε πότε (δοκιμασία φυματινοαντίδρασης Mantoux)	Αν ναι κάθε πότε (τακτικός έλεγχος για τους τίτλους αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β)
Μέση τιμή	4.375	1.712
Τυπική απόκλιση	1.0607	1.3865
Ελάχιστη τιμή	3.0	.5
Μέγιστη τιμή	6.0	5.0

Τέλος, το 63.3% δηλώνει πως έχει καλυφθεί με εμβόλια πριν εργαστεί στο Νοσοκομείο ενώ το 54.1% δηλώνει πως καλύφθηκε με εμβόλια αφού ξεκίνησε να εργάζεται στο Νοσοκομείο.

Πίνακας 5.5. Κάλυψη με εμβόλια των ερευνώμενων

	Ναι	Όχι
Έχετε καλυφθεί με εμβόλια πριν εργαστείτε στο Νοσοκομείο	63.3%	36.7%
Καλυφθήκατε με εμβόλια αφού ξεκινήσατε να εργάζεστε στο Νοσοκομείο;	54.1%	45.9%

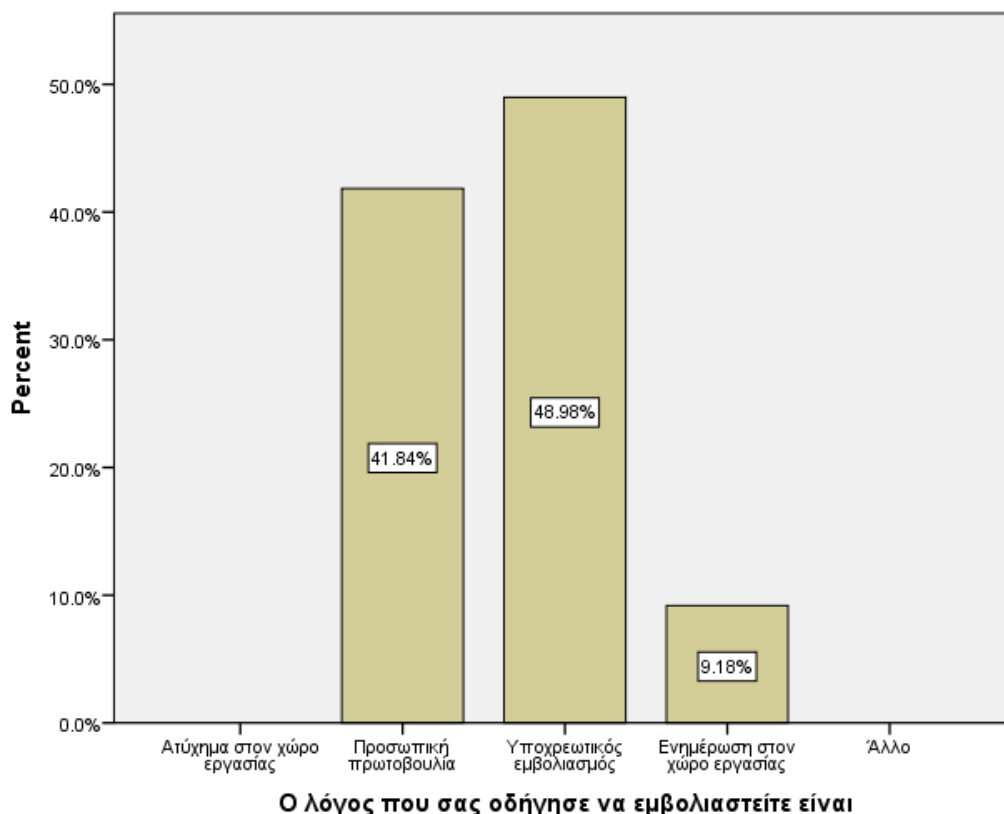
5.1.3. Εμβολιαστική Κάλυψη

Η τρίτη αυτή ενότητα συνοψίζει τα αποτελέσματα αναφορικά με την εμβολιαστική κάλυψη των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, το 79.4% έχει εμβολιαστεί για Ηπατίτιδα Β, το 62.7% για διφθερίτιδα / τέτανο, το 58.8% για φυματίωση, το 55.9% για κοκκύτη, το 35.3% για πνευμονιόκοκκο και το 31.4% για τον ιό της γρίπης.

Πίνακας 5.6. Εμβολιασμός των ερευνώμενων

Για ποιες από τις παρακάτω ασθένειες έχετε εμβολιαστεί	Ναι	Όχι
Ιός της γρίπης	31.4%	68.6%
Φυματίωση	58.8%	41.2%
Ηπατίτιδα Β	79.4%	20.6%
Διφθερίτιδα / τέτανο	62.7%	37.3%
Κοκκύτη	55.9%	44.1%
Πνευμονιόκοκκο	35.3%	64.7%

Αναφορικά με τον λόγο που τους έχει οδηγήσει να εμβολιαστούν, για το 48.96% αυτό είναι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, και για το 41.84% πρόκειται για προσωπική πρωτοβουλία.



Γράφημα 5.9. Κατανομή δείγματος με βάση τους λόγους εμβολιασμού

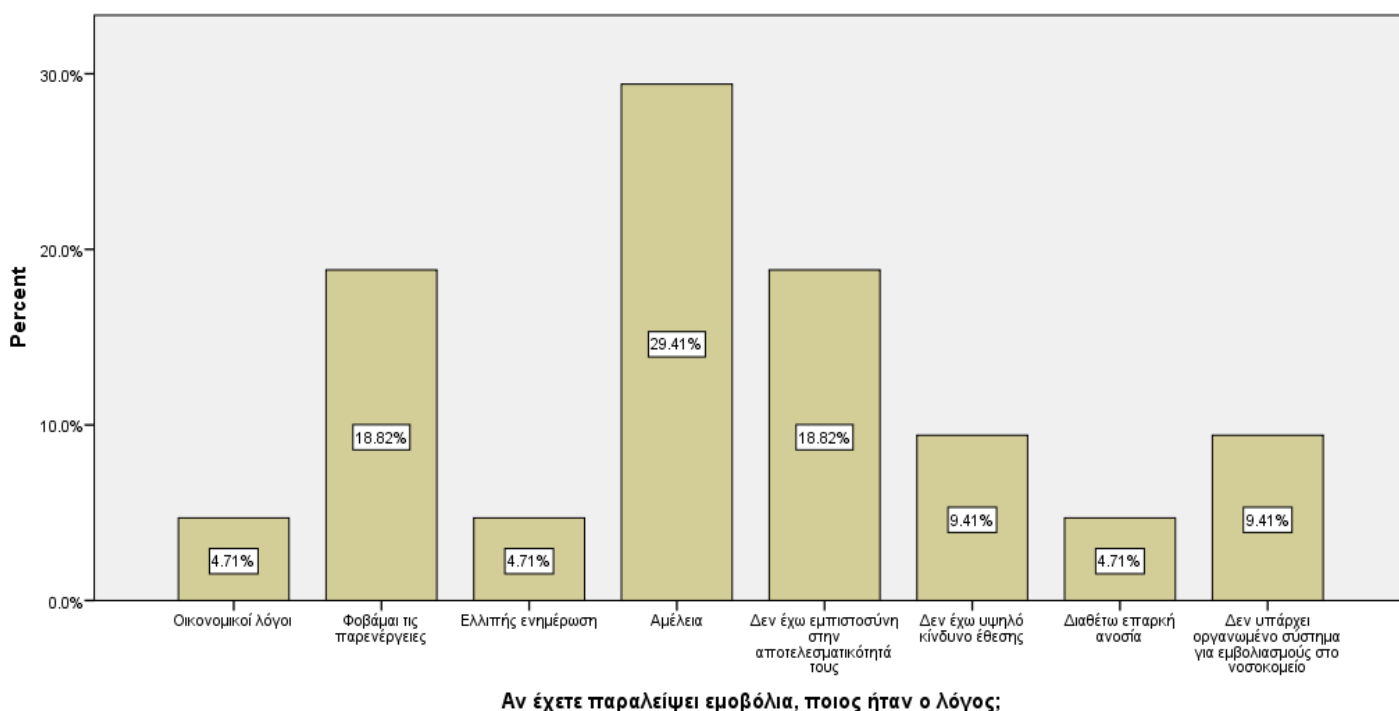
Οι πολλοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (75,5%) δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για τον ιό της γρίπης, το 83.7% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για διφθερίτιδα / τέτανο και το 82.7% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για κοκκύτη (Πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.7. Συνέπεια στον εμβολιασμό δείγματος

Είστε συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για	Ναι	Όχι
τον Ιό της γρίπης;	24.5%	75.5%
Διφθερίτιδα / τέτανο;	16.3%	83.7%
Κοκκύτη;	17.3%	82.7%

Αναφορικά με τον λόγο που τους έχει οδηγήσει να μην είναι συνεπείς, το 29.41% κάνει αναφορά σε αμέλεια, το 18,82% στον φόβο για τις παρενέργειες, ακόμα ένα 18,82% αναφέρει ότι δεν εμπιστεύεται την αποτελεσματικότητά τους, και κάποιιοι αναφέρουν πως δεν έχουν υψηλό κίνδυνο έκθεσης ή ότι δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα εμβολιασμού στα νοσοκομεία (από

9.41%). Λιγότεροι αναφέρουν οικονομικούς λόγους, ελλιπή ενημέρωση ή ότι έχουν επαρκή ανοσία.



Γράφημα 5.10. Κατανομή δείγματος με βάση τους λόγους μη εμβολιασμού

5.1.4. Απόψεις και στάσεις για θέματα εμβολιασμού

Η ενότητα αυτή συνοψίζει τα αποτελέσματα αναφορικά με τις απόψεις των συμμετεχόντων και τις στάσεις τους για θέματα εμβολιασμού. Η πρώτη ομάδα απαντήσεων, συνοψίζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Όλοι οι συμμετέχοντες «συμφωνούν» ή και «μάλλον συμφωνούν» πως οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι, ενώ πιο ουδέτερες είναι οι απαντήσεις αναφορικά με το αν υπάρχει μεγάλος φόβος ότι τα εμβόλια μπορεί να κάνουν κακό. Οι περισσότεροι διαφωνούν πως ένα νέο εμβόλιο πρέπει να χορηγείται μόλις κυκλοφορήσει, ενώ το 60% περίπου «συμφωνεί» ή «μάλλον συμφωνεί» με το ότι αυτά που λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζονται, συνήθως τα επιβεβαιώνουν κι από αλλού.

Το 32,7% δεν προτιμά να περάσει κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό, αλλά το 42,8% δηλώνει πως συμφωνεί ή μάλλον συμφωνεί να περάσει ασθένεια. Η πλειοψηφία επίσης δηλώνει πολύ μπερδεμένη σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους. Πάντως ο φόβος για τις ενέσεις δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα για αποφυγή εμβολίων, τουλάχιστον για το 70% περίπου. Αρκετοί είναι εκείνοι που διαφωνούν ή μάλλον διαφωνούν με το ότι όσα περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του

(56% περίπου), και η μεγάλη πλειοψηφία συμφωνεί πως το κράτος ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους. Το 60% περίπου προσπαθεί να εμβολιάζεται όπως λέει η ιατρική επιστήμη, αλλά οι περισσότεροι διαφωνούν με το ότι τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας. Στο ίδιο πλαίσιο, οι περισσότεροι συμφωνούν ή μάλλον συμφωνούν με το ότι οι ενέργειες για τη διάδοση ορισμένων νέων εμβολίων γίνονται για οικονομικό κέρδος.

Πίνακας 5.8. Απόψεις δείγματος για τον εμβολιασμό

	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ
Οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%
Γενικά έχω μεγάλο φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να μου κάνουν κακό	4.9%	31.4%	36.3%	27.5%
Κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει	3.9%	15.7%	24.5%	55.9%
Αυτά που μου λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζομαι, συνήθως τα επιβεβαιώνω κι από αλλού	36.3%	23.5%	16.7%	23.5%
Προτιμώ να περάσω κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό	21.4%	21.4%	24.5%	32.7%
Είμαι πολύ μπερδεμένη/ος σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους	36.3%	24.5%	15.7%	23.5%
Ακόμη και σήμερα νοιώθω τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδί είχα πολύ κακές εμπειρίες	8.8%	19.6%	16.7%	54.9%
Όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του	19.6%	23.5%	23.5%	33.3%
Το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους	32.4%	44.1%	19.6%	3.9%
Προσπαθώ να εμβολιάζομαι όπως λέει η ιατρική επιστήμη	31.4%	27.5%	25.5%	15.7%
Τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας	3.9%	20.6%	35.3%	40.2%
Πολλές ενέργειες για τη διάδοση ορισμένων νέων εμβολίων γίνονται για οικονομικό κέρδος	45.9%	29.6%	16.3%	8.2%

Αναφορικά με θέματα εμπιστοσύνης, οι περισσότεροι εμπιστεύονται πολύ ή αρκετά τον γιατρό τους, ενώ πιο μέτρια είναι η εμπιστοσύνη στη νοσηλεύτρια του χώρου εμβολιασμού - εάν υπάρχει, στα βιβλία, και στις επίσημες ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας (Πίνακας 5.9).

Ακόμα λιγότερη είναι η εμπιστοσύνη στα ρεπορτάζ ή αφιερώματα των εφημερίδων, στις ενημερωτικές εκπομπές στην τηλεόραση και στο διαδίκτυο, και σχεδόν ανύπαρκτη σε φίλους, συγγενείς ή άλλα άτομα, στα περιοδικά, και τις ειδήσεις στις εφημερίδες και την τηλεόραση.

Πίνακας 5.9. Εμπιστοσύνη δείγματος για τον εμβολιασμό

Πόσο εμπιστεύεστε	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο
τον γιατρό σας;	31.4%	47.1%	21.6%	0.0%
τη νοσηλεύτρια του χώρου εμβολιασμού - εάν υπάρχει	4.1%	53.1%	25.5%	17.3%
τους φίλους, συγγενείς ή άλλα άτομα γύρω σας;	4.1%	4.1%	29.6%	62.2%
τις επίσημες ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας;	11.8%	51.0%	24.5%	12.7%
τα βιβλία;	15.7%	19.6%	36.3%	28.4%
τα περιοδικά;	3.9%	0.0%	48.0%	48.0%
τις ειδήσεις στις εφημερίδες και την τηλεόραση;	0.0%	7.8%	48.0%	44.1%
τα ρεπορτάζ ή αφιερώματα των εφημερίδων;	0.0%	15.7%	52.0%	32.4%
τις ενημερωτικές εκπομπές στην τηλεόραση;	3.9%	23.5%	48.0%	24.5%
το διαδίκτυο;	11.8%	11.8%	52.0%	24.5%

Τέλος, ο επόμενος πίνακας 5.10 παρουσιάζει τους παράγοντες με τους οποίους οι συμμετέχοντες φαίνεται να έχουν πρόβλημα, αναφορικά με τον εμβολιασμό. Όπως φαίνεται, σημαντικό πρόβλημα φαίνεται να υπάρχει εν μέρει με την έλλειψη καλής ενημέρωσης για τα εμβόλια, το μεγάλο οικονομικό κόστος των εμβολίων και το μεγάλο οικονομικό κόστος της ιατρικής επίσκεψης για εμβολιασμό. Μικρότερα προβλήματα εμφανίζονται με τις άβολες και κακές ώρες λειτουργίας του ιατρείου εμβολίων, και ελάχιστα είναι τα προβλήματα λόγω της μακρινής απόστασης του ιατρείου εμβολιασμού από το σπίτι ή λόγω της κακής συμπεριφοράς του προσωπικού στο ιατρείο εμβολιασμού.

Πίνακας 5.10 Προβλήματα δείγματος για τον εμβολιασμό

Εσείς έχετε πρόβλημα με	Όχι	Ναι μικρό	Ναι μέτριο	Ναι μεγάλο
τη μακρινή απόσταση του ιατρείου εμβολιασμού από το σπίτι σας;	67.6%	24.5%	7.8%	0.0%
τις άβολες και κακές για σας ώρες λειτουργίας του ιατρείου εμβολίων;	52.0%	23.5%	15.7%	8.8%
την έλλειψη καλής ενημέρωσης για τα εμβόλια;	27.5%	24.5%	19.6%	28.4%
το μεγάλο οικονομικό κόστος των εμβολίων;	27.5%	24.5%	23.5%	24.5%
το μεγάλο οικονομικό κόστος της ιατρικής επίσκεψης για εμβολιασμό;	28.9%	12.4%	33.0%	25.7%
την κακή συμπεριφορά του προσωπικού στο ιατρείο εμβολιασμού;	79.4%	7.8%	12.7%	0.0%
κάτι άλλο;	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%

5.1.5. Επαγωγική ανάλυση

Η τελευταία αυτή ενότητα παρουσιάζει τα αποτελέσματα της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης, μέσω των οποίων έγινε προσπάθεια να αποτυπωθεί το κατά πόσο οι απόψεις και οι στάσεις των συμμετεχόντων για τον εμβολιασμό διαφοροποιούνται σε σχέση με το φύλο και την επαγγελματική τους κατάρτιση.

Σε αυτό το πλαίσιο, αναφορικά με το φύλο έγινε t – test, τα αποτελέσματα του οποίου παρατίθενται στον πίνακα 5.11 που ακολουθεί. Όπως φαίνεται, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο, στις απόψεις των συμμετεχόντων για το αν οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι ($p = 0.001$), για το αν έχουν φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να κάνουν κακό ($p = 0.002$), για το αν κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει ($p = 0.006$), για το αν που λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζονται, συνήθως τα επιβεβαιώνουν κι από αλλού ($p = 0.041$), για το αν προτιμούν να περάσουν κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό ($p = 0.010$), για το αν νοιώθουν τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδί είχαν πολύ κακές εμπειρίες ($p < 0.001$), για το κατά πόσο όσα περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του ($p < 0.001$), για το να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη ($p = 0.020$) και για το αν τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας ($p = 0.005$).

Πίνακας 5.11 Διαφοροποιήσεις απόψεων δείγματος σε σχέση με το φύλο: t-test

	t	
Οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι	12.821	.001
Γενικά έχω μεγάλο φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να μου κάνουν κακό	9.829	.002
Κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει	7.789	.006
Αυτά που μου λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζομαι, συνήθως τα επιβεβαιώνω κι από αλλού	4.280	.041
Προτιμώ να περάσω κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό	6.873	.010
Είμαι πολύ μπερδεμένος/ος σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους	1.939	.167
Ακόμη και σήμερα νοιώθω τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδί είχα πολύ κακές εμπειρίες	55.462	.000
Όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του	13.857	.000
Το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους		
Προσπαθώ να εμβολιάζομαι όπως λέει η ιατρική επιστήμη	5.585	.020

Τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας	8.359	.005
Πολλές ενέργειες για τη διάδοση ορισμένων νέων εμβολίων γίνονται για οικονομικό κέρδος	2.266	.135

Πιο συγκεκριμένα, και από τους δύο επόμενους πίνακες που παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της σύγκρισης μέσω τιμών, οι εμβολιασμοί θεωρούνται περισσότερο απαραίτητοι από τις γυναίκες, που δεν θεωρούν πως κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να χορηγείται μόλις κυκλοφορήσει, πιστεύουν περισσότερο πως όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του, προσπαθούν περισσότερο να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη, και θεωρούν περισσότερο πως τα εμβόλια είναι εντελώς ακίνδυνα. Οι άνδρες από την άλλη μεριά έχουν μεγαλύτερο φόβο για τα εμβόλια, είναι πιο επιφυλακτικοί αναφορικά με το τι λέει ο γιατρός τους, προτιμούν περισσότερο να περάσουν μια ασθένεια θεωρώντας το φυσικό, και είναι πιο επιφυλακτικοί απέναντι στο κράτος.

Πίνακας 5.12. Διαφοροποιήσεις απόψεων δείγματος σε σχέση με το φύλο: Σύγκριση μέσω τιμών

Φύλο	Οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι	Γενικά έχω μεγάλο φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να μου κάνουν κακό	Κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει	Αυτά που μου λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζομαι, συνήθως τα επιβεβαιώνω κι από αλλού	Προτιμώ να περάσω κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό
Άνδρας	1.64	2.36	3.77	1.82	2.14
Γυναίκα	1.25	3.00	3.20	2.40	2.84
Σύνολο	1.33	2.86	3.32	2.27	2.68

Πίνακας 5.13. Διαφοροποιήσεις απόψεων δείγματος σε σχέση με το φύλο: Σύγκριση μέσω τιμών (2)

Φύλο	Ακόμη και σήμερα νοιώθω τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδί είχα πολύ κακές εμπειρίες	Όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του	Το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους	Προσπαθώ να εμβολιάζομαι όπως λέει η ιατρική επιστήμη	Τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας
Άνδρας	2.00	3.45	1.59	2.82	3.36
Γυναίκα	3.50	2.50	2.05	2.10	3.05
Σύνολο	3.18	2.71	1.95	2.25	3.12

Αντίστοιχα, αναφορικά με την εκπαίδευση έγινε one – way Anova test, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται στον πίνακα 5.14 που ακολουθεί. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την εκπαίδευση, στις απόψεις των συμμετεχόντων για το αν οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι ($p = 0.004$), για το αν έχουν φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να κάνουν κακό ($p = 0.002$), για το αν που λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζονται, συνήθως τα επιβεβαιώνουν κι από αλλού ($p = 0.006$), για το αν είναι πολύ μπερδεμένοι σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους ($p < 0.001$), για το αν το κράτος ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους ($p < 0.002$), και για το να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη ($p = 0.009$).

Πίνακας 5.14. Διαφοροποιήσεις απόψεων δείγματος των ερευνωμένων σε σχέση με την εκπαίδευση: One way Anova test

	F	
Οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι	3.744	.004
Γενικά έχω μεγάλο φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να μου κάνουν κακό	1.138	.346
Κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει	1.378	.239
Αυτά που μου λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζομαι, συνήθως τα επιβεβαιώνω κι από αλλού	3.534	.006
Προτιμώ να περάσω κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό	1.538	.186
Είμαι πολύ μπερδεμένη/ος σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους	6.350	.000
Ακόμη και σήμερα νοιώθω τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδί είχα πολύ κακές εμπειρίες	1.946	.094
Όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του	1.320	.262
Το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους	4.188	.002
Προσπαθώ να εμβολιάζομαι όπως λέει η ιατρική επιστήμη	3.290	.009
Τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας	1.807	.119
Πολλές ενέργειες για τη διάδοση ορισμένων νέων εμβολίων γίνονται για οικονομικό κέρδος	.338	.888

Πιο συγκεκριμένα, στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης μέσων τιμών. Βρέθηκε ότι οι εμβολιασμοί θεωρούνται περισσότερο απαραίτητοι από τους αποφοίτους λυκείου, που επίσης προσπαθούν περισσότερο να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη, και είναι μπερδεμένοι σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες

γνώμες μεταξύ τους. Από την άλλη μεριά οι κάτοχοι πτυχίων ΤΕΙ που αποτελούν το άλλο μεγάλο μέρος του δείγματος, είναι πιο επιφυλακτικοί αναφορικά με αυτά που τους λέει ο γιατρός, συγκριτικά με τους άλλους συμμετέχοντες.

Πίνακας 5.15. Διαφοροποιήσεις απόψεων δείγματος σε σχέση με την εκπαίδευση: Σύγκριση μέσων τιμών

Εκπαίδευση	Οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι	Αυτά που μου λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζομαι, συνήθως τα επιβεβαιώνω κι από αλλού	Είμαι πολύ μπερδεμένη/ος σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους	Το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους	Προσπαθώ να εμβολιάζομαι όπως λέει η ιατρική επιστήμη
Απόφοιτος Λυκείου	1.20	2.60	1.64	1.96	1.88
Απόφοιτος ΙΕΚ	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50
Πτυχιούχος ΤΕΙ	1.37	2.15	2.27	2.02	2.55
Πτυχιούχος ΑΕΙ	2.00	4.00	4.00	3.00	1.00
Κάτοχος μεταπτυχιακού	1.00	1.50	3.50	1.00	2.00
Κάτοχος διδακτορικού	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00
Σύνολο	1.33	2.27	2.26	1.95	2.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Συζήτηση- Συμπεράσματα

6.1.1. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της διανομής ερωτηματολογίου στο προσωπικό του Οφθαλμιατρείου Αθηνών και σκοπός της ήταν να καταγραφεί η έκταση της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών. Η κάλυψη μελετήθηκε αναφορικά με συγκεκριμένα εμβόλια [Ηπατίτιδα Α, Ηπατίτιδα Β, MMR (ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα), Γρίπης, Πνευμονιόκκοκου, Διφθερίτιδας-Τετάνου]. Εκτός της κάλυψης αυτής κάθε αυτής, μετρήθηκαν συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται και επιδρούν σε αυτή. Συμπεριλαμβάνονται οι γνώσεις και οι στάσεις αναφορικά με τα μέτρα ατομικής προστασίας που πρέπει να λαμβάνει το προσωπικό (αν γνωρίζει τι πρέπει να κάνει κ.λπ.).

Από τα αποτελέσματά της διαπιστώθηκε ότι για το συγκεκριμένο δείγμα ο εμβολιασμός είναι σημαντικός, τόσο για τους ίδιους όσο και για το σύνολο του πληθυσμού.

Το προσωπικό του νοσοκομείου στη συντριπτική πλειονότητά του φροντίζει για την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών τους. Το ποσοστό ανέρχεται στο 91,8% και δε διαφέρει πολύ από τα παγκόσμια ποσοστά που εμφανίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη των νεογνών και των παιδιών (84%) σε παγκόσμιο επίπεδο και στην Αμερική το 90-96% (WHO & UNICEF, 2014).

Όσον αφορά στους εμβολιασμούς για το προσωπικό του νοσηλευτηρίου, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαφέρουν αρκετά σε σχέση με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών που έχουν διεξαχθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως.

Το προσωπικό του Οφθαλμιατρείου Αθηνών είναι πολύ καλά ενημερωμένο όσον αφορά την αναγκαιότητα της εμβολιαστικής κάλυψης. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 83.67%. Ένα μόνο μικρό ποσοστό αναφέρει ότι ο κίνδυνος έκθεσης μειωμένος λόγω της μειωμένης επαφής με τους ασθενείς (9.41%). Αντίθετα στην έρευνα των Harbarth και των συνεργατών ένα αξιοσημείωτο ποσοστό (23%) των εργαζομένων θεωρεί ότι ο εμβολιασμός δεν είναι απαραίτητος, καθώς η επαφή με τους ασθενείς είναι μικρή και ο κίνδυνος έκθεσης μειωμένος ή η ανοσία επαρκεί

(Harbarth, et al., 1998). Σε μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από τους Φωκά και συνεργάτες το 2012, μετά την έξαρση του ιού H1N1, φάνηκε ότι ένας παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση με το εμβολιαστικό πρόγραμμα είναι η επαρκής γνώση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το εμβόλιο. Στη συγκεκριμένη έρευνα το ποσοστό αποδοχής από το ιατρονοσηλευτικό του εμβολίου κατά της πανδημικής γρίπης A/ H1N1, ήταν μόνο 18,7% προσωπικό (Phoka et al., 2012).

Στην παρούσα έρευνα, οι εργαζόμενοι στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών, θεωρούν ότι οι γνώσεις τους για την εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας είναι επαρκείς σε μεγάλο βαθμό (για το 31,7%) και σε μέτριο βαθμό (για το 33,3%). Ακόμα, οι εμβολιασμοί θεωρούνται περισσότερο απαραίτητοι από τις γυναίκες και δήλωσαν πως πιστεύουν πως όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του, προσπαθούν περισσότερο να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη, και θεωρούν τα εμβόλια ως εντελώς ακίνδυνα για την υγεία. Οι άνδρες από την άλλη μεριά έχουν μεγαλύτερο φόβο για τα εμβόλια, είναι πιο επιφυλακτικοί αναφορικά με το τι λέει ο γιατρός τους, προτιμούν περισσότερο να περάσουν μια ασθένεια θεωρώντας το φυσικό και είναι πιο επιφυλακτικοί απέναντι στις οδηγίες περί εμβολιασμού που εκδίδει το κράτος.

Το αντίθετο συμβαίνει με τα αποτελέσματα της έρευνας των Lazorik και των συνεργατών, που μεταξύ άλλων λόγων που δήλωσαν οι εργαζόμενοι ότι επιλέγουν να μην εμβολιαστούν, είναι και η ελλιπής ενημέρωση σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα φαίνεται ότι 58% του προσωπικού υγείας επιλέγει να μην καλυφθεί εμβολιαστικά διότι ισχυρίζεται ότι ανησυχεί για τις πιθανές παρενέργειες από τον εμβολιασμό ενώ το 31% επέλεξε να μην καλυφθεί μέσω του εμβολιασμού λόγω της δυσπιστίας όσον αφορά αποτελεσματικότητα του εμβολίου (Lazorik, et al., 2005). Η επάρκεια των γνώσεων και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται ότι είναι ένα από τα βασικότερα κίνητρα εμβολιασμού. Η σωστή γνώση για τον εμβολιασμό τα κίνητρα για την υγεία και οι σωστοί τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τα υψηλά επίπεδα εμβολιασμού (Livni, et al., 2008)

Όσον αφορά τους εργαζόμενους που δήλωσαν πως δεν είναι συνεπείς με το πρόγραμμα εμβολιασμών, οι λόγοι ποικίλουν και περιλαμβάνουν την αμέλεια (29,41%), τον φόβο για τις παρενέργειες (18,82%) και την έλλειψη εμπιστοσύνης ως προς την αποτελεσματικότητά (18,82%).

Το ίδιο ποσοστό όσον αφορά το φόβο για τις πιθανές παρενέργειες καταγράφηκε και στην έρευνα των Harbarth και των συνεργατών (19%) (Harbarth, et al., 1998).

Στην έρευνα όμως του Lazorik και των συνεργατών το 2005, όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, τα ποσοστά ανεβαίνουν. Συγκεκριμένα, το 58% δεν καλύπτεται εμβολιαστικά διότι ισχυρίζεται ότι ανησυχεί για τις πιθανές παρενέργειες από τον εμβολιασμό ενώ το 31% επέλεξε να

μην καλυφθεί μέσω του εμβολιασμού λόγω της δυσπιστίας όσον αφορά αποτελεσματικότητα του εμβολίου (Lazorik, et al., 2005)

Το ίδιο ποσοστό των εργαζομένων στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών (31,4%) δηλώνει ότι επιλέγει να μην εμβολιαστεί λόγω του φόβου που έχει για τις πιθανές παρενέργειες που προκαλούν τα εμβόλια.

Αντίθετα στην έρευνα του Heimberger και των συνεργατών του που διεξήχθη το 1995 το ποσοστό του προσωπικού της υγείας που επέλεξε να μην εμβολιαστεί ήταν πολύ μικρό (2,8%) από ένα δείγμα 922 επαγγελματιών υγείας που δεν εμβολιάστηκαν, αναφέρουν ότι δεν το έκαναν λόγω φόβου αλλεργίας στο εμβόλιο (Heimberger, et al., 1995). Στην έρευνα των Norton και των συνεργατών που διεξήχθη το 2008 ένα μικρό επίσης ποσοστό της τάξης του 7% από δείγμα 258 μη εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας αναφέρουν ότι δεν εμβολιάστηκαν λόγω αντενδείξεων στο εμβόλιο (Norton, et al., 2008).

Όσον αφορά τη συστηματικότητα των ελέγχων του προσωπικού η συντριπτική δήλωσε ότι πλειονότητα δεν πραγματοποιεί συστηματικά τη δοκιμασία φυματινοαντίδρασης Mantoux (92.2%), ενώ όσον αφορά τους τίτλους των τίτλους αντισωμάτων της ηπατίτιδας, το 40.2% επιλέγει να τους ελέγχει τακτικά.

Όσον αφορά την επιμέρους εμβολιαστική κάλυψη αλλά και το σύνολό της, συγκεκριμένα στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών τα ποσοστά είναι αρκετά μεγάλα σε σύγκριση με έρευνες που έχουν προηγηθεί και αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού υγείας. Συγκεκριμένα, στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών το 79.4% έχει εμβολιαστεί για Ηπατίτιδα Β, το 62.7% για διφθερίτιδα / τέτανο, το 58.8% για φυματίωση, το 55.9% για κοκκύτη, το 35.3% για πνευμονιόκοκκο και το 31.4% για τον ιό της γρίπης. Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, έρευνα της Dedoukou et al, αναφέρει ότι η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα έναντι της εποχικής γρίπης είναι περίπου 23%. Άλλες έρευνες που έγιναν (Maltezou et al, 2010, Rachiotis et al, 2010) επισημαίνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα παραμένουν επίνοσοι όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη έναντι ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας, μηνιγγιτιδόκκου C και ηπατίτιδας A. Τέλος, σύμφωνα με την έρευνα των Κυριαζής και συν.(2009), το ποσοστό των εμβολιασμένων έναντι της Ηπατίτιδας Β κυμαίνεται πολύ πιο χαμηλά, περίπου στο 56%.

Παρόλα τα μεγάλα ποσοστά που αφορούν στην πρώτη δόση των περισσότερων εμβολίων ή και το σύνολο των δόσεων τους, στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών το 75.5% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για τον ιό της γρίπης, το 83.7% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για διφθερίτιδα / τέτανο και το 82.7% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για κοκκύτη. Τα ευρήματα αυτά έρχονται να συμφωνήσουν με μία σειρά από έρευνες (Κυριαζής και συν., 2009, Σαρίδη και συν., 2010, Maltezou et al, 2010,

Rachiotis et al, 2010) που υψηλά ποσοστά μερικώς εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Ανάλογα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης όσον αφορά τις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων παρουσιάζει η μελέτη του Petrovic και των συνεργατών το 2001, που μελετά το ποσοστό κάλυψης της δεύτερης δόσης του εμβολίου MMR στο προσωπικό υγείας. Με βάση τα ευρήματα της έρευνας αυτής, φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό που φτάνει το 72%, θεωρεί ότι η δεύτερη δόση του συγκεκριμένου εμβολίου δεν είναι καθόλου απαραίτητη (Petrovic, et al., 2001). Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζονται και στην έρευνα του Canning και των συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2005 Σε αυτή την έρευνα εμβολιάστηκε μόνο το 7,6% για την εποχιακή γρίπη. Το 29% του προσωπικού δήλωσε ότι δεν γνώριζε ότι είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός ενάντια στον ιό της γρίπης, το 18% δεν γνώριζε ότι υπήρχε εμβόλιο και το 11% δεν εμβολιαζόταν λόγω του φόβου των παρενεργειών από την λήψη του εμβολίου (Canning, et al., 2005). Παρόμοια ποσοστά όσον αφορά τον επαναληπτικό εμβολιασμό για την εποχιακή γρίπη παρουσιάζει και η έρευνα του Lazorik και των συνεργατών αποκάλυψε ότι το 84% του προσωπικού δεν εμβολιάστηκε, παρά το γεγονός ότι το νοσοκομείο προέτρεψε όλους τους εργαζόμενους να εμβολιαστούν (Lazorik, et al., 2005).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης ανά ασθένεια είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Όσον αφορά συγκεκριμένα στην εποχιακή γρίπη, το 2008, η εμβολιαστική κάλυψη των εργαζόμενων στις υπηρεσίες υγείας ήταν 49%. Την περίοδο 2009-2010, η εμβολιαστική κάλυψη αυξήθηκε αγγίζοντας τα ποσοστά 58-63% (CDC 2012). Την επόμενη εμβολιαστική περίοδο 2010-2011 η εμβολιαστική κάλυψη κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα (56-64%) και το 2011-12 στο 62-67% (CDC 2011, 2012), ενώ το 2012-2013 η κάλυψη ανήλθε στο 63,4%. Όσον αφορά την επαγγελματική κατηγορία μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας τα υψηλότερα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης καταγράφονται στις επαγγελματικές κατηγορίες όπως οι φαρμακοποιοί (88,7%), οι γιατροί (85,3%), οι νοσηλευτές (79,7%), και τους εργαζόμενους σε διαγνωστικά κέντρα (75,5%). Χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται μεταξύ των βοηθών θαλάμων (46,8%) αλλά και στο διοικητικό προσωπικό (54,3%). Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης όσον αφορά την εποχιακή γρίπη παρουσιάζει διακυμάνσεις και ανάλογα με το περιβάλλον εργασίας. Τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφονται στα νοσοκομεία και αγγίζουν το 82,5%. Αντίθετα, τα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας για την εποχιακή γρίπη είναι χαμηλότερα στις εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας (47,9%).

Όσον αφορά στα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στον ελλαδικό χώρο, στη μελέτη των Rahiotis και των συνεργατών που διεξήχθη το 2010 και αφορά δείγμα που δεν εμβολιάστηκε για την εποχιακή γρίπη, ο λόγος που προβλήθηκε από τους ερωτηθέντες ήταν ο φόβος για τις πιθανές παρενέργειες και η πληροφόρηση προερχόταν από τα ΜΜΕ (Rachiotis, et al 2010). Η δεύτερη πιο συνηθισμένη αιτία ήταν η πεποίθηση ότι ο εμβολιασμός είναι αναποτελεσματικός (CDC 2014).

Όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας με το εμβόλιο MMR σε παγκόσμιο επίπεδο, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί είναι αρκετές. Μια έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2001 από τη Γαλλική Επιτροπή Αγωγής Υγείας (Commite Francais d' Education pour la Sante 2001) κατηγοριοποίησε τις στάσεις 2000 γενικών ιατρών που αφορούν εμβολιασμό MMR στους ίδιους. Από την έρευνα προέκυψαν δυο κατηγορίες αποτελεσμάτων. Η πρώτη κατηγορία ανέδειξε ποσοστό 41% γενικών ιατρών οι οποίοι εμβολιάζονται συστηματικά ενώ η δεύτερη κατηγορία ανέδειξε ποσοστό 56% γενικών ιατρών οι οποίοι επιλέγουν να εμβολιάζονται και να εμβολιάζουν ανάλογα με την κατάσταση και δεν ακολουθούν το χρονοδιάγραμμα που εμβολιασμού συστηματικά.

Το 2001, η έρευνα των Smith και των συνεργατών που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 40% των ιατρών ήταν σίγουροι για την ανάγκη δεύτερης δόσης και περίπου το 10% πίστευε ότι είναι περιττή (Smith et al 2001). Το ίδιο έτος δημοσιεύθηκε και μια άλλη έρευνα στην Ιρλανδία αυτή τη φορά, η οποία έδωσε εντελώς αρνητικά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης (Cotter 2003).

Μετά τις αμφιλεγόμενες έρευνες σχετικά με σχετικά με το εμβόλιο MMR και τη συσχέτισή του με την εμφάνιση αυτισμού, πραγματοποιήθηκαν μερικές μελέτες που αφορούσαν τη στάση των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον εμβολιασμό με MMR στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK) και την Ιρλανδία. Στη βόρεια Ουαλία, βρέθηκε ότι η γνώση και η πρακτική ανάμεσα σε 593 επαγγελματίες της υγείας για τη δεύτερη δόση MMR παρουσίαζε μεγάλες διακυμάνσεις. συγκεκριμένα το 48% των επαγγελματιών υγείας διατηρούσε πολλές επιφυλάξεις, ενώ το 3% διαφώνησε εντελώς (Petrovik et al, 2001).

Το 2009 δημοσιεύθηκε η μελέτη του Dinelli και των συνεργατών, στην οποία διερευνήθηκε γενικά η στάση των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον εμβολιασμό για διάφορες ασθένειες. Σε αυτή την έρευνα αξιολογήθηκε η αντίληψη του κινδύνου απόκτησης λοιμώξεων που μπορούν προληφθούν με εμβόλιο. Οι ερωτηθέντες της έρευνα αυτήν θεωρούσαν ότι ο κίνδυνος μετάδοσης ήταν υψηλός για την Ηπατίτιδα -B (94,1%), τη γρίπη (92,5%), τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο (90,3%), τη φυματίωση (85,0%) και την ανεμευλογιά (72,7%). Ενώ όσον αφορά την ανοσολογική τους κατάσταση δήλωσαν ότι έχουν νοσήσει από Ηπατίτιδα -B (82,4%), τέτανο (87,7%), διφθερίτιδα (81,8%), ιλαρά (86,6%), παρωτίτιδα (85,6%), ερυθρά (85,0%), ανεμευλογιά (82,9%) και γρίπη (35,8%). Το αξιοσημείωτο σε αυτή την έρευνα είναι ότι ένα τρίτο των επαγγελματιών υγείας ανέφερε έχουν εκτεθεί σε λοιμογόνους παράγοντες είτε από τρυπήματα είτε από αεροζόλ. Το 83,6% από αυτούς είχε κοινοποιήσει το γεγονός στην επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων. Παρόλη όμως την ενημέρωση και τη γνώση του κινδύνου απόκτησης των νόσων που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό, μόνο το 35,8% των ατόμων δήλωσε ότι έχει εμβολιαστεί πλήρως (Dinelli et al 2009).

Μερικά χρόνια αργότερα, η μελέτη των Paya και των συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2013 έδειξε ότι η εμβολιαστική κάλυψη για διφθερίτιδα - τέτανο - πολιομυελίτιδα στα προηγούμενα 10 χρόνια, για το BCG, τον κοκκύτη, την εποχική γρίπη, τη γρίπη A/H1N1 2009

καθώς και για την Ηπατίτιδα -B ήταν 81, 74, 59, 73, 65 και 87% αντίστοιχα. Εξήντα τέσσερα τοις εκατό των ΕΥ ανέφεραν ότι είχαν εμβολιαστεί κατά της ιλαράς και 49% κατά της ανεμοβλογιάς. Το 76% ήταν ενήμεροι για τις συστάσεις εμβολιασμού από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά το 41% ήθελε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το θέμα. Οι νεότεροι γιατροί είχαν εμβολιαστεί σε υψηλότερη αναλογία για διφθερίτιδα - τέτανο - πολιομυελίτιδα, ιλαρά, Ηπατίτιδας -B και γρίπη (Paya et al, 2013).

Σε μια εθνική συγχρονική έρευνα για τη διερεύνηση της εμβολιαστικής κάλυψης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης που εργάζεται σε κλινικές και νοσοκομεία στη Γαλλία βρέθηκε ότι το ποσοστό εμβολιασμών ήταν 91,7% για την Ηπατίτιδα -B, 95,5% για την αναμνηστική δόση του εμβολίου διφθερίτιδας - τετάνου - πολιομυελίτιδας (DTP) και 94,9% για το BCG. Για τους μη υποχρεωτικούς εμβολιασμούς, η κάλυψη ήταν 11,4% για την αναμνηστική (μετά από 10 χρόνια) δόση του κοκκύτη που περιέχει το εμβόλιο DTP, 49,7% για τουλάχιστον μία δόση του εμβολίου ιλαράς, 29,9% για την ανεμοβλογιά και 25,6% για τη γρίπη (Guthmann et al, 2012).

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί προκύπτουν παρόμοια ποσοστά και παρόμοιες στάσεις σε σχέση τόσο με τη διεθνή βιβλιογραφία, όσο και με την παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Κυριαζή και των συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2009, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη, οι άνδρες επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται περισσότερο συνεπείς στον εμβολιασμό σε σχέση με τις γυναίκες. Ειδικότερα, οι άνδρες είχαν εμβολιαστεί για την εποχιακή γρίπη σε ποσοστό 30,8%, για τον πνευμονιόκοκκο 5,8%, για την ηπατίτιδα A 23,1%, για την ηπατίτιδα -B 63,5% και για τον τέτανο 75%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη στις διάφορες ασθένειες είναι 19,1% για την εποχιακή γρίπη, 2,9% για τον πνευμονιόκοκκο, 13,2% για την ηπατίτιδα A, 50% για την ηπατίτιδα -B και 48,5% για τον τέτανο. Τα ποσοστά των γιατρών ήταν μεγαλύτερα έναντι των νοσηλευτών (28,2% και 16,7% αντίστοιχα), με τη διαφορά αυτή να εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά στην περίπτωση της ηπατίτιδας-B (64,1% έναντι 40,5%) και του τετάνου (67,9% έναντι 45,2%). Όσον αφορά στον τομέα εργασίας (χειρουργικός έναντι παθολογικού), παρατηρήθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας του χειρουργικού τομέα ήταν περισσότερο συνεπείς στο πρόγραμμα εμβολιασμού από τους επαγγελματίες του παθολογικού τομέα, (51,9% έναντι 22,7%) και όσον αφορά στον εμβολιασμό για την ηπατίτιδα A (37% έναντι 13,6) $p < 0,05$. Σχετικά με την ανοσοποίηση με το εμβόλιο της γρίπης, το ποσοστό των εμβολιασθέντων στη μελέτη των Κυριαζή και των συνεργατών το 2009 εμφανίζεται ανησυχητικά χαμηλό (24,2%).

Ανάλογα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης όσον αφορά στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων παρουσιάζει η μελέτη του Petronic και των συνεργατών το 2001, που μελετά το ποσοστό κάλυψης της δεύτερης δόσης του εμβολίου MMR στο προσωπικό υγείας. Με βάση τα ευρήματα

της έρευνας αυτής, φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό που φτάνει το 72%, θεωρεί ότι η δεύτερη δόση του συγκεκριμένου εμβολίου δεν είναι καθόλου απαραίτητη (Petrovic, et al., 2001). Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζονται και στην έρευνα του Canning και των συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2005 Σε αυτή την έρευνα εμβολιάστηκε μόνο το 7,6% για την εποχιακή γρίπη. Το 29% του προσωπικού δήλωσε ότι δεν γνώριζε ότι είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός ενάντια στον ιό της γρίπης, το 18% δεν γνώριζε ότι υπήρχε εμβόλιο και το 11% δεν εμβολιαζόταν λόγω του φόβου των παρενεργειών από την λήψη του εμβολίου (Canning, et al., 2005). Παρόμοια ποσοστά όσον αφορά τον επαναληπτικό εμβολιασμό για την εποχιακή γρίπη παρουσιάζει και η έρευνα του Lazorik και των συνεργατών αποκάλυψε ότι το 84% του προσωπικού δεν εμβολιάστηκε, παρά το γεγονός ότι το νοσοκομείο προέτρεψε όλους τους εργαζόμενους να εμβολιαστούν (Lazorik, et al., 2005).

Σε συνολικό επίπεδο το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης για τους επαγγελματίες υγείας το 2011 ανέρχεται στο 65% και δεν διαφέρει σημαντικά με το ποσοστό της παρούσας έρευνας (CDC, 2014).

Στην παρούσα διατριβή, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο, στις απόψεις των συμμετεχόντων που σχετίζονται με την άποψη για το αν οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι, για το αν έχουν φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες, για το αν κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει, για το αν ακολουθούν κατά γράμμα την παρότρυνση του ιατρού σε σχέση με τα εμβόλια που χρειάζονται. Τα αποτελέσματα αυτά, προκύπτουν και από τη διεθνή βιβλιογραφία και συγκεκριμένα στην έρευνα των Lazorik και των συνεργατών, φαίνεται έντονη η απροθυμία των επαγγελματιών υγείας να συμμορφωθούν με τα εμβολιαστικά προγράμματα καθώς και η έντονη ύπαρξη φόβου για τις παρενέργειες των εμβολίων. Το γεγονός αυτό πιθανότατα οφείλεται στο ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες στα θέματα τόσο της δικής τους υγείας όσο και των παιδιών τους και είναι περισσότερο πιθανό να συμμορφωθούν με τα προγράμματα εμβολιασμού ώστε να προστατεύσουν τόσο τη δική τους υγεία όσο και την υγεία της οικογένειάς τους (Lazorik, et al., 2005).

Στην ίδια έρευνα φαίνεται ότι υπάρχει σχετική προσπάθεια και από το νοσοκομείο να ευαισθητοποιήσει τους εργαζόμενους να εμβολιαστούν. Παρόλα αυτά η προσπάθεια αυτή δεν απέδωσε (Lazorik, et al., 2005). Αντίθετα σε άλλες έρευνες που δεν υπήρξε προηγούμενη προσπάθεια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του προσωπικού, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια όσον αφορά τις απαντήσεις σε παρόμοια ερωτήματα σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων (Phoka, et al., 2012).

Στην έρευνα των Loulergue et al. (2009) παρατηρείται ότι το 49% των ιατρών, το 32% των νοσηλευτών και το 43% των βοηθών νοσηλευτών από ένα δείγμα 43, 28 και 14 εμβολιασμένων συμμετεχόντων αντίστοιχα εμβολιάζονται μετά από συστάσεις. Στην έρευνα των Clark et al. (2009)

παρατηρείται ένα πολύ μικρότερο ποσοστό των εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας, που μόλις πλησιάζει το 3%, να εμβολιάζεται κατόπιν εντολής από τη διοίκηση του νοσοκομείου όπου εργάζονται (Clark, et al., 2009; Loulergue, et al., 2009).

Πολύ σημαντικό εύρημα της παρούσας διατριβής είναι οι απαντήσεις που δόθηκαν για το αν οι επαγγελματίες της υγείας νοιώθουν τρόπο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί την παιδική τους ηλικία είχαν πολύ κακές εμπειρίες.

Παρόμοιες απαντήσεις δόθηκαν και σε παλαιότερες έρευνες στις οποίες πολλοί από τους μη εμβολιασμένους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μετά τη χρήση του εμβολίου βίωσαν κάποιες ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Επομένως αυτό αποτελεί ένα ανασταλτικό παράγοντα επανάληψης του εμβολίου. Στην έρευνα των Rodolfo et al. (1998) το 5% των 43 από τους συμμετέχοντες που δεν εμβολιάστηκαν ανέφεραν ότι δεν εμβολιάζονται λόγω προηγούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών. Παράλληλα μεγαλύτερο ποσοστό (23,6%) καταγράφηκε στην έρευνα των Heimberger et al. (1995) αλλά με μεγαλύτερο δείγμα που ανερχόταν στους 922 μη εμβολιασμένους επαγγελματίες υγείας. Σε αυτή την έρευνα αναφέρεται επίσης ότι είχαν στο παρελθόν αντίδραση στο εμβόλιο (Heimberger, et al., 1995).

Όσον αφορά το κατά πόσο συμφωνούν με την άποψη ότι όσα περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του ή για το εάν εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη οι απόψεις διίστανται, όπως και για το εάν αν τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία τους. Τα ίδια ποσοστά εμφανίζονται και σε παλιότερες έρευνες που αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού. Σε πολλά Πανεπιστημιακά νοσοκομεία στον κόσμο, παρά το γεγονός ότι παρέχεται και εκπαίδευση σχετικά με τον εμβολιασμό, το προσωπικό επιλέγει να μην εμβολιαστεί, καθώς θεωρεί ότι έχει επαρκή ανοσία ακόμα και χωρίς να εμβολιαστεί. Η έρευνα του Harbarth και των συνεργατών, εμφανίζει ως πρώτο λόγο τον παραπάνω, με ποσοστό 32% να τον υποστηρίζουν. Το 23% του προσωπικού του νοσοκομείου που διεξήχθη η μελέτη ισχυριζόταν ότι έχει χαμηλό κίνδυνο έκθεσης στον χώρο της εργασίας ενώ 19% δήλωσε ότι αμφιβάλλει για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (Harbarth, et al., 1998). Αυτή η παγιωμένη αντίληψη του προσωπικού υγείας πιθανότατα οφείλεται στη μη επαρκή εκπαίδευση του προσωπικού όσον αφορά τους μηχανισμούς ανοσοποίησης, με αποτέλεσμα να διατυπώνονται λανθασμένες απόψεις σχετικά με την ανοσία που πιστεύουν ότι τους προσδίδει ένα εμβόλιο.

Τέλος, από τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την εκπαίδευση, όσον αφορά τις απόψεις των συμμετεχόντων για το αν οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι για το αν είναι πολύ μπερδεμένοι σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους, για το αν το κράτος ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους και για το να εμβολιάζονται όπως λέει η

ιατρική επιστήμη. Τα αποτελέσματα αυτά, συμφωνούν και με παλαιότερες έρευνες, καθώς όπως φαίνεται τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό, δεν έχουν σχεδιαστεί σχετικές στρατηγικές αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης από τις διοικήσεις των νοσοκομείων (NFID, 2004; Raftopoulos, 2008). Επιπλέον, σε παλαιότερες έρευνες, έχει διατυπωθεί ότι ένας από τους βασικότερους λόγους που συμβάλλουν ουσιαστικά στην θετική απόφαση για εμβολιασμό από τους επαγγελματίες υγείας είναι η εύκολη πρόσβαση και η ευελιξία στα ωράρια των κλινικών εμβολιασμού (Norton, et al., 2008; Clark, et al., 2009).

6.1.2. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν από την παρούσα διατριβή είναι τα παρακάτω.

1. Ενώ γενικά σε πολλά Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία στον κόσμο, παρά το γεγονός ότι παρέχεται και εκπαίδευση σχετικά με τον εμβολιασμό, το προσωπικό επιλέγει να μην εμβολιαστεί, καθώς θεωρεί ότι έχει επαρκή ανοσία ακόμα και χωρίς να εμβολιαστεί, στην Ελλάδα οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι πιο συνειδητοποιημένοι όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη.
2. Ειδικότερα, στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών, οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους έχουν φροντίσει για την εμβολιαστική κάλυψη των ιδίων και των παιδιών τους. Το 91,8% του προσωπικού του Νοσοκομείου φροντίζει για την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών του. Όσον αφορά τους ίδιους, το 94,12% είχε πλήρη εμβολιαστική κάλυψη κατά την παιδική του ηλικία. Ειδικότερα, το 79.4% έχει εμβολιαστεί για Ηπατίτιδα Β, το 62.7% για διφθερίτιδα / τέτανο, το 58.8% για φυματίωση, το 55.9% για κοκκύτη, το 35.3% για πνευμονιόκοκκο και το 31.4% για τον ιό της γρίπης
3. Παρά το γεγονός ότι το προσωπικό υγείας του Οφθαλμιατρείου Αθηνών φαίνεται να γνωρίζει τα οφέλη του εμβολιασμού και να εμβολιάζεται γενικά, δεν έχει εμβολιαστεί με τις επαναληπτικές δόσεις κάποιων εμβολίων περισσότερο διότι θεωρεί ότι είναι καλυμμένο από την πρώτη δόση του εμβολίου. Έτσι, το 75.5% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για τον ιό της γρίπης, το 83.7% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για διφθερίτιδα / τέτανο και το 82.7% δεν είναι συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων για κοκκύτη.

4. Το μεγαλύτερο ποσοστό (63,3%) των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου καλύφθηκε με εμβόλια πριν εργαστεί στο Νοσοκομείο.
5. Ο σημαντικότερος λόγος που οδήγησε τους επαγγελματίες υγείας στο να εμβολιαστούν είναι ότι ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός και ακολουθεί η προσωπική πρωτοβουλία.
6. Όσον αφορά το φύλο, ένα σημαντικό ποσοστό του αντρικού πληθυσμού του προσωπικού του νοσοκομείου θεωρεί ότι τα εμβόλια μπορεί να βλάψουν τον οργανισμό και γι' αυτό το λόγο δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έχουν λάβει τις επαναληπτικές δόσεις του εμβολίου. Σε αντίθεση, οι γυναίκες θεωρούν περισσότερο απαραίτητους τους εμβολιασμούς και προσπαθούν περισσότερο να εμβολιάζονται, όπως λέει η ιατρική επιστήμη.
7. Οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου που δεν είναι συνεπείς με το πρόγραμμα εμβολιασμών, ανέφεραν ως βασικούς λόγους την αμέλεια (29.41%), τον φόβο για τις παρενέργειες (18.82%) και την έλλειψη εμπιστοσύνης ως προς την αποτελεσματικότητά τους (18.82%). Λιγότεροι (9,41%) ανέφεραν πως δεν έχουν υψηλό κίνδυνο έκθεσης ή ότι δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα εμβολιασμού στα νοσοκομεία. Τέλος ένα πολύ μικρό ποσοστό αναφέρει οικονομικούς λόγους, ελλιπή ενημέρωση ή ότι έχει επαρκή ανοσία.
8. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, οι εμβολιασμοί θεωρούνται περισσότερο απαραίτητοι από τους Αποφοίτους Λυκείου, που προσπαθούν περισσότερο να εμβολιάζονται όπως λέει η ιατρική επιστήμη. Οι κάτοχοι πτυχίων ΤΕΙ που αποτελούν μεγάλο μέρος του δείγματος, είναι πιο επιφυλακτικοί απέναντι στον εμβολιασμό, συγκριτικά με τους άλλους συμμετέχοντες.

Τα παραπάνω συμπεράσματα, είναι ενδεικτικά της έλλειψης ενημέρωσης που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία προς τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να επιλέγουν να μην καλύπτονται εμβολιαστικά τόσο εκείνοι όσο και οι ασθενείς με τους οποίους έρχονται σε επαφή, αφού δεν έχουν τη γνώση ώστε να παρέχουν με τη σειρά τους κι εκείνοι την ανάλογη ενημέρωση προς τους ασθενείς.

Για το λόγο αυτό μαζί με τη διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις με προφορική και γραπτή ενημέρωση (διανομή φυλλαδίου) στο προσωπικό του Νοσοκομείου και παρουσίαση (διάλεξη) που αφορά τον εμβολιασμό και η οποία πραγματοποιήθηκε σε ειδικά διαμορφωμένη αίθουσα του Νοσοκομείου.

Οι παραπάνω δράσεις ωστόσο δεν είναι αρκετές για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού των νοσοκομείων και θα πρέπει τόσο η διοίκηση των νοσοκομείων να οργανώσουν, διαλέξεις και σεμινάρια με σκοπό την ενημέρωση του προσωπικού, όσο και το υπουργείο υγείας, εκτός από τις οδηγίες που κατά καιρούς εκδίδει να οργανώσει σε θεσμικό επίπεδο επιμορφωτικά προγράμματα στα οποία θα μπορούν να συμμετάσχουν όλες οι βαθμίδες του προσωπικού υγείας.

Αναλυτικότερα, θα ήταν πολύ επικερδές και αποτελεσματικό όσον αφορά τη διοίκηση του νοσοκομείου να σχεδιαστούν στρατηγικές αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης, τόσο για την προστασία των ίδιων, όσο και για την ενημέρωση του συνόλου του πληθυσμού μέσω των επαγγελματιών υγείας. Οι ενέργειες που είναι απαραίτητες να πραγματοποιηθούν θα πρέπει να κινηθούν σε δυο βασικούς άξονες. Την ίδρυση ενός διοικητικού τμήματος εντός του νοσοκομείου που θα ασχολείται αποκλειστικά με θέματα ανοσοποίησης των εργαζομένων ανεξαρτήτως τμήματος και βαθμίδας και τη θεσμοθέτηση μιας διαδικασίας αφύπνισης και ενημέρωσης όλου του νοσοκομείου ανά τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις εξάρσεις της κάθε επιδημίας.

Προκειμένου να πραγματοποιηθούν τα παραπάνω θα πρέπει να εξασφαλιστούν τα ανάλογα κονδύλια από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου για τη στήριξη του προγράμματος του εμβολιασμού. Με την υποστήριξη των ανώτερων στελεχών της διοίκησης οι υπηρεσίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εξασφαλίσουν υψηλότερα ποσοστά εμβολιασμού.

Στο πλαίσιο αυτής της ενέργειας η διοίκηση θα πρέπει να εξασφαλίσει την εύκολη πρόσβαση στο εμβόλιο από τους επαγγελματίες υγείας και τους άλλους εργαζομένους μέσω κινητών μονάδων εμβολιασμού, όπως τα καροτσάκια, μπορούν να διανέμουν το εμβόλιο όπου και να βρίσκονται οι επαγγελματίες υγείας και με την εξασφάλιση της λειτουργίας κλινικών εμβολιασμού καθόλη τη διάρκεια του ωραρίου ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν όλες τις βάρδιες καθώς και την παροχή δωρεάν του εμβολίου για όλους τους επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητα από την ειδικότητα του κάθε εργαζόμενου με προτεραιότητα στους εργαζόμενους που ανήκουν σε τμήματα υψηλού κινδύνου.

Το προσωπικό που θα στελεχώσει το τμήμα θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένο και εκπαιδευμένο σε θέματα ανοσοποίησης ώστε να μπορεί να παρέχει άμεσα και αποτελεσματικά τη σχετική πληροφόρηση. Ακόμα θα πρέπει να μην αμελεί την υπενθύμιση του εμβολιασμού του προσωπικού χρησιμοποιώντας κάθε πρόσφορο μέσο. Τα μέσα αυτά, περιλαμβάνουν την μετάδοση μηνυμάτων που περιγράφουν τη σημασία του εμβολιασμού του προσωπικού της υγείας. Τα μηνύματα αυτά μπορούν να μεταδίδονται με τους παρακάτω τρόπους:

1. Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
2. Μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων
3. Με αφίσες
4. Με σλόγκαν τα οποία μπορούν να μεταδίδονται με κονκάρδες ή αυτοκόλλητα

5. Με εικονομηνύματα μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Με διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων για την ενημέρωση
7. Με προώθηση προγραμμάτων «on the job training» για το προσωπικό που έχει επιφορτιστεί τη διεξαγωγή των εμβολιασμών

6.2. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Η παρούσα μελέτη εμφανίζει κάποιους περιορισμούς. Καταρχήν, η έρευνα διεξήχθη σε περιορισμένο χρόνο και χώρο. Ο περιορισμένος χρόνος διεξαγωγής της έρευνας δεν έδωσε τη δυνατότητα για εκτενέστερη και σε βάθος έρευνα. Επίσης, η συμμετοχή μόνο ενός Νοσοκομείου δεν έδωσε την ευκαιρία να ελεγχθεί η εμβολιαστική κάλυψη ενός μεγαλύτερου συνόλου επαγγελματιών υγείας ενώ σε αντίθετη περίπτωση η διανομή του ερωτηματολογίου και σε άλλα ιδρύματα με διαφορετική ποικιλία περιστατικών εκτός του Οφθαλμιατρείου θα έδινε μια διαφορετική εικόνα στις απόψεις και τις στάσεις απέναντι στην εμβολιαστική κάλυψη. Τα ποσοστά ενδεχομένως να παρουσίαζαν διαφορές και στην περίπτωση που τα ερωτηματολόγια θα διανέμονταν και σε διαφορετικές περιόδους του χρόνου κατά τις οποίες κάποιες ασθένειες που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό θα ήταν σε έξαρση. Οπότε ο συγκεκριμένος πληθυσμός της μελέτης δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πλήρως αντιπροσωπευτικός άλλων Νοσοκομείων της πρωτεύουσας ή της περιφέρειας.

6.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Πεδίο μελλοντικής έρευνας μπορεί να αποτελέσει η διερεύνηση του συγκεκριμένου ερευνητικού πεδίου με μεθόδους δειγματοληψίας και με μέγεθος δείγματος που να εγγυώνται ασφαλέστερα και ενδεδειγμένα συμπεράσματα. Σημειώνεται ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ένα εγχείρημα που θα απαιτούσε την εκτεταμένη χρήση ανθρώπινου δυναμικού και την κατανάλωση πολλών εργατοωρών. Πιθανώς θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια ενός μεγαλύτερου Πανεπιστημιακού Ερευνητικού Προγράμματος μέσω του οποίου θα μπορούσαν να συνεργαστούν πολλοί ερευνητές και να συλλεχθούν δεδομένα από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε διάφορους Δημόσιους ή και Ιδιωτικούς Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Πολυιατρεία κ.λ.π.).

Επίσης, ενδιαφέρον θα ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο μπορούν να μεταβληθούν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τον εμβολιασμό με την

περιοδική χρήση παρεμβατικών μεθόδων (ενημερωτικά φυλλάδια, αφίσες, διαλέξεις ή εξατομικευμένη ενημέρωση κ.ά.) και την εφαρμογή στρατηγικών προώθησης του εμβολιασμού. Κάτι τέτοιο φυσικά θα απαιτούσε τη μέτρηση των γνώσεων και των στάσεων σε τουλάχιστον δύο (ή και περισσότερα) στάδια: πριν και μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης και την υιοθέτηση στρατηγικών προώθησης του εμβολιασμού.

Τέλος, μία εκτενέστερη μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να αναφέρεται στη διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά και άλλα μέτρα προαγωγής και προώθησης της υγείας, πέρα από τον εμβολιασμό. Η υιοθέτηση και εφαρμογή μέτρων υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο της εργασίας είναι διεθνώς ένας διαρκώς αναπτυσσόμενος και μείζονος σημασίας τομέας της Δημόσιας Υγείας με ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

AGNHMRC, 2013. *Australian Immunisation Handbook*. 10th επιμ. Victoria: Australian Government National Health and Medical Research Council.

Anderson, M., Glode, M. & Smith, A., 2009. Meningococcal infections. Στο: R. Feigin, J. Cherry, G. Demmler-Harrison & S. Kaplan, επιμ. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 6th edition επιμ. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp. 1350-1366.

APHA, 2008. *Control of communicable diseases manual*, s.l.: Heymann DL, American Public Health Association.

Arnon, S., 2007. Tetanus (*Clostridium Tetani*) . Στο: B. R. J. H. S. B. Kliegman RM, επιμ. *Nelson textbook of pediatrics*. 18th επιμ. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp. 1228-1230..

Atkinson, W., Wolfe, S. & Hamborsky, J., 2011. *CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book)*. 12th επιμ. Washington DC: Public Health Foundation.

Bärnighausen, T. και συν., 2011. Rethinking the benefits and costs of childhood vaccination: The example of the *Haemophilus influenzae* type b vaccine. *Vaccine*, Τόμος 29, pp. 2371-2380.

Canning, H., Phillips, J. & Allsup, S., 2005. Non-vaccination - a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, Τόμος 14(8), pp. 922-925.

CDC, 1989. <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000020/p0000020.asp>. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000020/p0000020.asp> [Πρόσβαση 2015].

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*, 60(RR07);1-45.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). Influenza vaccination coverage among health-care personnel—2011-12 influenza season, United States. *MMWR*, 61(38);753-757.

CDC, 2014. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6305a4.htm>. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6305a4.htm> [Πρόσβαση 2015].

Cherry, J., 2009. Rubella virus. Στο: C. J. D. G. K. S. Feigin RD, επιμ. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 6th επιμ. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp. 2271-2300.

- Clark, S., Cowan, A. & Wortley, P., 2009. Influenza vaccination attitudes and practices among US registered nurses, *American Journal of Infection Control*. Τόμος 37(7), pp. 551-556.
- Cook, R., 1997. *Influenza vaccination*, s.l.: RCN Publishing Company Ltd.
- Cotter, S., Ryan, F., Hegarty, H., McCabe, T. J. and Keane, E. (2003). Immunisation: the views of parents and health professionals in Ireland. *Euro Surveill*, 8(6):416.
- Darmstadt, G., 1998. Acute infectious purpura fulminans: pathogenesis and medical management. *Pediatr Dermatol.*, Τόμος 15, pp. 169-183.
- Dash, G. και συν., 2004. APIC position paper: Improving health care worker influenza immunization rates, *AJIC: American Journal of Infection Control*. Τόμος 32(3), pp. 123-125.
- Dedoukou, X. και συν., 2010. Attitudes towards vaccination against seasonal influenza of health care workers in primary health-care settings in Greece.. *Vaccine*, Τόμος 28(37), pp. 5931-5933.
- Dinelli Maria Isabel Saraiva, Thais das Neves Fraga Moreira, Érica Regina Cruz Paulino, Maria Carolina Pereira da Rocha, Flávia Bracale Graciani, Maria Isabel de Moraes-Pinto (2009). Immune status and risk perception of acquisition of vaccine preventable diseases among health care workers. *American Journal of Infection Control*, 37(10): 858–860
- EC, 2008. *Vaccines for Humans*, Brussels: European Commission.
- Galazka, A. M., B. A., L., R. H., H. & J., K., 1984. Indications and contraindications for vaccines used in the Expanded Programme on Immunization. *Bulletin of the World Health Organization*, Τόμος 62 (3), pp. 357-366.
- Galazka, A., Robertson, S. & Kraigher, A., 1999. Mumps and mumps vaccine: a global review. *Bulletin of the World Health Organization*, Τόμος 77(1), pp. 3-14.
- Guthmann Jean-Paul, Laure Fonteneau, Isabelle Bonmarin, Daniel Lévy-Bruhl (2012). Influenza vaccination coverage one year after the A(H1N1) influenza pandemic, France, 2010–2011. *Vaccine*, 30(6): 995-997
- Harbarth, S. και συν., 1998. Influenza Immunization: Improving Compliance of Healthcare Workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, May, Τόμος 19(5), pp. 337-342.
- Heimberger, T. και συν., 1995. Knowledge and attitudes of healthcare workers about influenza: why are they not getting vaccinated?. *Infection control and hospital epidemiology*, Τόμος 16(7), pp. 412-415.
- Heymann, D., 2008. *Control of communicable diseases manual*. 19th edition επιμ. s.l.: American Public Health Association.

Hughes, N. L., 2005. Increasing Influenza Vaccination of Health Care Workers. *AJN*, December, Τόμος 105(12): , pp. 96-98.

IAC, 2011. *Guide to Contraindications and Precautions to Commonly Used Vaccines*, Minnesota: Immunization Action Coalition .

Kennedy, P. M., 2002. Update Your Understanding of Influenza. *The Nurse Practitioner*, June, Τόμος 27(6):, pp. 32-39.

Lazorik, D. L., Evelyn I, B. & Chris, P., 2005. Hepatitis B vaccination in women healthcare workers: a seroepidemiological survey. *Eur J Epidemiol Feb*, Τόμος 22(2), pp. 113-9.

Livni, G. και συν., 2008. Attitudes, knowledge and factors related to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers. *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, Τόμος 3(2), pp. 111-117.

Long, S., 2007. Pertussis. (*Bordetella pertussis* and *B. parapertussis*). Στο: R. Kliegman, R. Behrman, H. Jenson & B. Stanton, επιμ. *Nelson textbook of pediatrics*. 18th επιμ. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp. 1178-1182.

Loulergue, P. και συν., 2009. Knowledge, attitudes and vaccination coverage of healthcare workers regarding occupational vaccinations. *Vaccine*, Τόμος 27(31), p. 42.

Maltezou, H. και συν., 2010. Determinants of intention to get vaccinated against novel (pandemic) influenza A H1N1 among health-care workers in an nationwide survey. *Journal of Infection*, Τόμος 61(3), pp. 252-258.

Medzhitov, R. & Janeway, C. J., 2000. Innate immune recognition: mechanisms and pathways. *Immunol Rev.*, 2000 Feb, Issue 173, pp. 89-97.

Michael Gold, H. G. S. B. M. B. M. N. A. K., 2000. Re-vaccination of 421 children with a past history of an adverse vaccine reaction in a special immunisation service. *Arch Dis Child*, Issue 83, pp. 128-131.

NFID, 2004. *Improving Influenza vaccination rates in health care workers: strategies to increase protection for workers and Patients*, s.l.: s.n.

NIH, 2008. *Understanding Vaccines What They Are How They Work What They Are How They Wo*, s.l.: National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

Norton, S., Scheifele, D., Bettinger, J. & West, R., 2008. Influenza vaccination in paediatric nurses: Cross-sectional study of coverage, refusal, and factors in acceptance. *Vaccine*, Τόμος 26(23), pp. 2942-2948.

- Norton, S., Scheifele, D., Bettinger, J. & West, R., 2008. Influenza vaccination in paediatric nurses: Cross-sectional study of coverage, refusal, and factors in acceptance. *Vaccine*, Τόμος 26(23), pp. 2942-2948.
- Petrovic, M., Roberts, R., Ramsay & Mary, 2001. Second dose of measles, mumps and rubella vaccine: questionnaire survey of health professionals. *BMJ*, pp. 82-85.
- PHE, 2013. *Historical vaccine development and introduction of vaccines in the UK*, s.l.: Public Health England.
- Phoka, A. και συν., 2012. Factors that influenced the adherence of medical and nursing staff to the influenza A/H1N1 vaccine recommendations. *Archives of Hellenic Medicine*, Τόμος 29(3), pp. 354-36.
- Pulendran, B. & Ahmed, R., 2011. Immunological mechanisms of vaccination. *Nat Immunol.*, 12 Jun, Issue 6, pp. 509-17.
- Rachiotis, G. και συν., 2010. Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece. *EuroSurveill*, Τόμος 15(6), p. 19486.
- Raftopoulos, V., 2008. Attitudes of nurses in Greece towards influenza vaccination. *Nursing standard*, Τόμος 23(4), pp. 35-42.
- Rubin, L. G. και συν., 2013. 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host. *Clinical Infectious Diseases Advance* , pp. 1-57.
- Sallusto F, L. A. A. K. A. R., 2010. From vaccines to memory and back. *Immunity*, Issue 451–463, p. 451–463.
- Sharland, M., 2011. *Royal College of Paediatrics and Child Health. Manual of childhood infections*,. 3rd επιμ. s.l.:Oxford University Press.
- Smith, A., McCann, R. and McKinlay, I. (2001). Second dose of MMR vaccine: health professionals' level of confidence in the vaccine and attitudes towards the second dose. *Commun Dis Public Health*, 4(4):273-277.
- Trotter, C. και συν., 2004. Effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccine 4 years after introduction. *Lancet*, Τόμος 364(9431), pp. 365-367.
- Tunkel, A. & Scheld, M., 2005. Acute meningitis. Στο: G. Mandell, J. Bennett & R. Dolin, επιμ. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 6th edition επιμ. Philadelphia: PA Elsevier/ Churchil Livingston, pp. 1083-1126.
- WHO, 2004. *Immunization in practice: a practical resource guide for Health workers* , s.l.: WHO.

- WHO, 2006. Tetanus vaccine: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*, Τόμος 81, pp. 198-208.
- WHO, 2011. *Rubella vaccines: WHO position paper*, s.l.: Wkly Epidemiol Rec.
- WHO, 2014. Global routine vaccination coverage 2013. *WHO publications*, Issue 89, pp. 517-528.
- WHO & UNICEF, 2014. *Global Immunization Data*, s.l.: World Health Organization.
- WHO, W. H. O., 2014.
http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/gloprofile.pdf?ua=1.
[Ηλεκτρονικό]
Available at:
http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/gloprofile.pdf?ua=1
[Πρόσβαση 2015].
- Winkelstein, A. και συν., 1969. Fulminant meningococemia and disseminated intravascular coagulation. *Arch Intern Med*, Τόμος 124, pp. 55-59.
- Woods, C., 2007. Neisseria Meningitidis (Meningococcus). . Στο: R. Kliegman, R. Behrman, H. Jenson & B. Stanton, επιμ. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp. 1164-1169.
- ΕΟΦ, 2007. *Εθνικό Συνταγολόγιο 2007*. Αθήνα: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- Καπράνος, Ν., 2012. *Μαζικός έλεγχος HPV και καρκίνος τραχήλου μήτρας*. Τμήμα Μοριακής Ιστοπαθολογίας, Μαιευτικό και Χειρουργικό Κέντρο ΜΗΤΕΡΑ.
- ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014. Available at: <http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%BF%CF%82%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%>
[Πρόσβαση 2014].
- ΚΕΕΛΠΝΟ, Ε. Δ., 2011. <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=241>. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=241>
[Πρόσβαση 2015].
- Κοτέλη, Ν. Α., 2005. Εμβόλια -Ιστορική Αναδρομή. *Εμβόλια χθες και σήμερα*, pp. 17-45.
- Κοτέλη, Ν. Α., 2013. Ευλογία: Μια πανάρχαια νόσος. *Ιστορία της Ιατρικής*, Issue 44, pp. 80-83.

Κυριαζής, Ι. και συν., 2009. Μελέτη συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού.*, Τόμος 8(3), pp. 194-207.

Μπενέτου, Β. & Ε., Π., 1987. *Προβλήματα στην υλοποίηση προγραμμάτων του συλλογικού εμβολιασμού: Συλλογική ανοσία και κοινωνική θεώρηση.* Αθήνα, Πρακτικά Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Ιατρικής - Ελληνικής Εταιρίας Ανοσολογίας, "Εμβόλια: Θεωρία -Εφαρμογές- Προοπτικές".

Μπενέτου, Β. & Πετρίδου, Ε., 2008. Εμβολιασμοί στη Δημόσια Υγεία. Στο: 1. Τριχόπουλος, επιμ. *Προληπτική Ιατρική & Δημόσια Υγεία*. s.l.:Εκδόσεις Ζήτα.

Μπροκαλάκη, Η., 2009. Εμβολιασμοί και Επαγγελματίες Υγείας. *Νοσηλευτική*, Τόμος 48(4), pp. 349-351.

Παναγιωτόπουλος, Γ. και συν., 2013. *ΕΚΘΕΣΗ Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Περσιάνης, Ν., 2011. *Σύντομη Ιστορία των Εμβολίων 1796-2011*. Λευκωσία: s.n.

Σαρίδη, Μ. και συν., 2010. Ανάπτυξη Προγράμματος Εμβολιαστικής Κάλυψης των Επαγγελματιών Υγείας. *Νοσηλευτική*, Τόμος 49(4), pp. 387-397.

Σαρίδη, Μ. και συν., 2010. Ανάπτυξη Προγράμματος Εμβολιαστικής Κάλυψης των Επαγγελματιών Υγείας. *Νοσηλευτική*, Τόμος 49(4), pp. 387-397.

Συριοπούλου, Β., 2009. Παρωτίτιδα. Στο: Γ. Ε, επιμ. *Λοιμώξεις και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία*. Αθήνα: Πασχαλίδη, pp. 1217-22.

Υγείας, Υ. & Αλληλεγγύης, Κ., 2011. *Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, .. & Δ/ση Δημόσιας Υγείας, .., 1981. *Εγκύκλιος Οικ Α1/8732/7-10-81*. s.l.:Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας, Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής.

Υπουργείο Υγείας & Αλληλεγγύης, Κ., 2012. *Νέο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων 2011*. Αθήνα, ΑΔΑ: Β4Λ50Ξ7Μ-ΛΝ8: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Υπουργείο Υγείας, Γ. Δ. Δ. Υ. & Υγιεινής, Δ. Δ., 2-8-1995. *Αντιτετανικός εμβολιασμός, Εγκύκλιος, Υ1/ 4623*. s.l.:Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Εισαγωγή

Οι εμβολιασμοί ως μέσο προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα είναι μία από τις πιο αποτελεσματικές προληπτικές παρεμβάσεις της ιατρικής επιστήμης. Αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας και καθοριστικό μέσο για τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας. Ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες που μπορούν να προληφθούν με τον εμβολιασμό. Παράλληλα, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών τους και κυρίως αυτών που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου για σοβαρή νόσηση και θάνατο, όπως παραδείγματος χάρη νεογνά και άτομα με χρόνια νοσήματα. Για τους λόγους αυτούς, είναι απαραίτητος ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, ως βασικό μέσο για την προαγωγή της ασφάλειας και με τελικό στόχο την άμεση προστασία των εργαζομένων και την έμμεση προστασία των ασθενών. Στη χώρα μας συστήνεται ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας κατά της ηπατίτιδας Α και της ηπατίτιδας Β, της εποχικής γρίπης, της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς, κατά της διφθερίτιδας-τετάνου, και κατά περίπτωση κατά του μηνιγγιτιδοκόκκου.

Σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της διατριβής αυτής είναι να καταγράψει την έκταση της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών. Η κάλυψη θα μελετηθεί αναφορικά με συγκεκριμένα εμβόλια [Ηπατίτιδα Α, Ηπατίτιδα Β, MMR (ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα), Γρίπης, Πνευμονιόκοκκου, Διφθερίτιδας-Τετάνου]. Εκτός της κάλυψης αυτής, θα μετρηθούν συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται και ενδεχομένως επιδρούν σε αυτή. Για παράδειγμα θα μετρηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις αναφορικά με τα μέτρα ατομικής προστασίας που πρέπει να λαμβάνει το προσωπικό (αν γνωρίζει τι πρέπει να κάνει κ.λ.π.).

Επιπλέον, θα διανεμηθεί φυλλάδιο το οποίο θα έχει ως σκοπό να ενημερώσει το προσωπικό και να το ευαισθητοποιήσει για τα θέματα που αναφέρθηκαν νωρίτερα. Επίσης θα πραγματοποιηθεί διάλεξη εντός τους χώρου του Νοσοκομείου που θα αναφέρεται στη σημασία του εμβολιασμού και στα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας που μπορούν να λάβουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο της

εργασίας τους. Θα γίνει μέτρηση των στάσεων και των γνώσεων τους πριν και μετά τις παρεμβάσεις (διανομή του φυλλαδίου, πραγματοποίηση διάλεξης) ώστε να διαπιστωθεί στη πράξη ποιά είναι η επίδραση της ενημέρωσης.

Τέλος, θα ελεγχθεί η επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως ηλικία, φύλο, ειδικότητα κ.λ.π.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της διατριβής είναι τα εξής:

1. Θα διαπιστωθεί το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο Νοσοκομείο.
2. Θα προσδιοριστούν και μετρηθούν βασικοί παράγοντες που σχετίζονται και επιδρούν στην εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων στο χώρο της υγείας
3. Θα διαπιστωθούν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά μέτρα προαγωγής και προώθησης της υγείας, όπως ο εμβολιασμός.
4. Μέσω της ενημέρωσης και πληροφόρησης του προσωπικού του Νοσοκομείου για τη σημασία του εμβολιασμού, ως μέτρο άμεσης προστασίας των ιδίων και έμμεσης προστασίας των ασθενών, θα καλυφθούν πιθανά ελλείμματα γνώσης και θα αντιμετωπιστούν θέματα άγνοιας και στάσεις αδιαφορίας του προσωπικού.
5. Θα μετρηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας πριν και μετά τις παρεμβάσεις πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης, ώστε να διαπιστωθεί ποιά είναι η τελική επίδραση της ενημέρωσης στη στάση των επαγγελματιών υγείας, απέναντι σε θέματα όπως ο εμβολιασμός και η υιοθέτηση μέτρων υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο της εργασίας.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιά είναι η έκταση της κάλυψης στα διάφορα εμβόλια στους επαγγελματίες υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών?
2. Το προσωπικό γνωρίζει τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία του από τις ασθένειες ?
3. Το προσωπικό λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία του από τις ασθένειες?
4. Επιδρούν διάφοροι παράγοντες όπως η εκπαίδευση και η προϋπηρεσία στις γνώσεις και στις στάσεις των εργαζομένων στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών?

Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας

Η αναγκαιότητα και η σπουδαιότητα της έρευνας προκύπτουν από μελέτη βιβλιογραφίας, η οποία αναφέρει σε πάρα πολλά ελληνικά και ξενόγλωσσα άρθρα ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν 90

μια ομάδα υψηλού κινδύνου για λοιμώξεις από νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Υπολογίζεται ότι περίπου μόλις το 18-23% των επαγγελματιών υγείας εμβολιάζονται με το αντιγριππικό εμβόλιο κάθε έτος ενώ το ποσοστό πλήρους εμβολιαστικής κάλυψης διαχρονικά κυμαίνεται περίπου στο 35%. Αυτά τα χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης δημιουργούν ερευνητικά ερωτήματα, ιδίως όταν όλα τα εμβόλια παρέχονται δωρεάν στους ασφαλισμένους. Είναι ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας να διατηρούν υψηλά επίπεδα ανοσίας έναντι των μεταδοτικών νοσημάτων (ηπατίτιδας, γρίπης, πνευμονιόκοκκου κ.λ.π.) όχι μόνο για δική τους προστασία αλλά και για τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης των λοιμώξεων αυτών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού συντελούν στην υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών για τη λήψη μέτρων προστασίας με σκοπό την προστασία των ιδίων, των οικογενειών τους και των ασθενών.

Σύντομη ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Με βάση τη βιβλιογραφία, στην Ελλάδα παρατηρείται μία χαμηλή συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στις συστάσεις των ειδικών για εμβολιαστική κάλυψη και τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης είναι σε μη ικανοποιητικά επίπεδα (Κυριαζής και συν., 2009, Σαρίδη και συν., 2010). Η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας έναντι της εποχικής γρίπης είναι περίπου 23% (Dedoukou et al, 2010). Ένα σημαντικό ποσοστό των νέων επαγγελματιών υγείας παραμένουν επίνοσοι ή μερικώς εμβολιασμένοι, όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη έναντι ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας, μηνιγγιτιδόκοκκου C και ηπατίτιδας A (Maltezu et al, 2010, Rachiotis et al, 2010). Το ποσοστό των εμβολιασμένων έναντι της Ηπατίτιδας B κυμαίνεται περίπου στο 56% (Κυριαζής και συν., 2009). Ο κύριος λόγος άρνησης εμβολιασμού αφορά την ασφάλεια των εμβολίων (Maltezu et al, 2010) και ακολουθούν το έλλειμμα γνώσης για τη νόσο και τις επιπτώσεις της και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων εμβολίων (Μπροκαλάκη, 2009). Παρόλα αυτά, το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας συμβάλλει θετικά στην αύξηση του ποσοστού του εμβολιασμού (Σαρίδη και συν., 2010). Επίσης η ενημέρωση και η εκπαίδευση μπορούν να συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στη σημαντική αύξηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης (Κυριαζής και συν., 2009, Μπροκαλάκη, 2009, Σαρίδη και συν., 2010).

Προτεινόμενη Μεθοδολογία

Διανομή ερωτηματολογίου και παρεμβάσεις με: 1) προφορική και γραπτή ενημέρωση (διανομή φυλλαδίου) στο προσωπικό του Νοσοκομείου και 2) παρουσίαση (διάλεξη) που θα αφορά τον εμβολιασμό και η οποία θα πραγματοποιηθεί σε ειδικά διαμορφωμένη αίθουσα του Νοσοκομείου.

Χρονοδιάγραμμα Εργασιών

- 2 μήνες μελέτης βιβλιογραφίας (Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2014)
- 1 μήνας συγγραφή θεωρητικού κομματιού (Νοέμβριος 2014)
- 2 μήνες προετοιμασία για διανομή και λήψη ερωτηματολογίου (Δεκέμβριος 2014-Ιανουάριος 2015)
- 2 μήνες ανάλυση και συγγραφή του ειδικού μέρους (Φεβρουάριος-Μάρτιος 2015)
- 1 μήνας ολοκλήρωση και διορθώσεις (Απρίλιος 2015)

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

Bitsoni M., Ntokos M., Kontarakis N., Sianava O., Ntouros T., & Galanakis E. (2005) Vaccination coverage among adolescents in certain provinces of Greece. *Acte Paediatrica*, 94(8): 1122-1125.

Dedoukou X., Nikolopoulos G., Maragos A., Giannoulidou S., & Maltezoou H.C. (2010) Attitudes towards vaccination against seasonal influenza of health care workers in primary health-care settings in Greece. *Vaccine*, 28(37): 5931-5933.

Gangarosa E.J., Galazka A.M., Wolfe C.R., Phillips L.M., & Miller E., Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *The Lancet*, 351(9099): 356-361.

Hollmeyer H.G., Hayden F., Poland G., & Buchholz U. (2009) Influenza vaccination of health care workers in hospitals – a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine*, 27(30): 3935-3944.

Maltezou H.C., Maragos A., Halharapi T., Karagiannis I., Karageorgou K., Remoudaki H., Papadimitriou T., & Pierrotsakos I.N. (2007) Factors influencing influenza vaccination rates among healthcare workers in Greek hospitals. *Journal of Hospital Infection*, 66(2): 156-159.

Maltezou H.C., Maragos A., Katerelos P., Paisi A., Karageorgou K., Papdimitriou Th., & Pierrotsakos I.N. (2008) Influenza vaccination acceptance among health-care workers: A nationwide survey. *Vaccine*, 26(11): 1408-1410.

Maltezou H.C., Maragos A., Raftopoulos V., Karageorgou K., Halharapi T., Remoudaki H., Papadimitriou T. & Pierrotsakos N. (2008) Strategies to increase influenza vaccine uptake among health care workers in Greece. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 40(3): 266-268.

Maltezou H.C., Dedoukou X., Patrinos S., Maragos A., Poufta S., Gargalianos P., & Lazanas M. (2010) Determinants of intention to get vaccinated against novel (pandemic) influenza A H1N1 among health-care workers in an nationwide survey. *Journal of Infection*, 61(3): 252-258.

Papaevangelou G. (1992) Epidemiology of Hepatitis A in Mediterranean countries. *Vaccine*, 10(1): 563-566.

Papaevangelou G. (1998) Hepatitis B immunization programme: lessons learnt in Greece. *Vaccine*, 16 (1): 545-547.

Rachiotis G., Mouchtouri V.A., Kremastinou J., Gourgoulisanis K., Hadjichristodoulou C. (2010) Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece. *EuroSurveill*.15(6):19486.

Βουγιούκας Α., Κολοκοτρώνη Δ., Κιοσές Β.Γ., Παπαδοπούλου Φ., Βαφειάδη Α., & Μαρκόπουλος Α. (1987) Συγκριτική μελέτη της Επιδημιολογικής Κατανομής του ιού της Ηπατίτιδας Β (HBV) στο προσωπικό τεσσάρων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. *Γαληνός*, 29(4): 469-481.

Κοπανιτσάνου Π., Σουρτζή Π. (2007) Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο Νοσοκομείο. *Ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών. Νοσηλευτική*, 46(1): 65-76.

Κυριαζής Ι., Σαρίδη Μ., Μπόμπολας Π., Ζέρβας Ε., Μενδρινός Δ. (2009) Μελέτη συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού. 8(3): 194-207.

Μπροκαλάκη, Η. (2009) Εμβολιασμοί και Επαγγελματίες Υγείας. Νοσηλευτική. 48(4): 349-351.

Περδικάρης Π., Ανθούση Σ., Αμανατίδου Α., & Παπαευαγγέλου Γ. (2000) Η στάση Ελλήνων γιατρών απέναντι στο γενικό εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 593-599.

Σαρίδη Μ., Τόσκα Α., Κυριαζής Ι., Κριεμπάρδης Α., Αλλωνιστιώτη Α., Αθανασοπούλου Μ., & Φαρμάκη Κ. (2010) Ανάπτυξη Προγράμματος Εμβολιαστικής Κάλυψης των Επαγγελματιών Υγείας. Νοσηλευτική, 49(4): 387-397.

Τσούλας Δ., & Αποστολοπούλου Ε. (2007) Αντιγριπικός Εμβολιασμός Νοσηλευτικού Προσωπικού Στρατιωτικών Νοσοκομείων για τη Γρίπη το 2005. Ιατρική Επιθεώρησης Ενόπλων Δυνάμεων, 41(5-6): 179-184.

Φωκά Α., Ρουμελιώτου Ι., Πουλοπούλου Σ., Πουλακιδάκος Σ., Σιώζου Ε., Μπράχου Σ., Τζώρτζη Α., Bucaj A., Πλειός Γ., & Σουρτζή Π. (2012) Παράγοντες που επηρέασαν το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό για τον εμβολιασμό κατά της γρίπης Α/Η1Ν1. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(3): 354-361.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο:

Άρρεν

Θήλυ

3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η

Άγαμος/η

4. Αριθμός Τέκνων (να συμπληρωθεί)

5. Ηλικίες τέκνων (να συμπληρωθούν)

1^ο τέκνο

2^ο τέκνο

3^ο τέκνο

4^ο τέκνο

6. Εμβολιασμοί τέκνων

Ναι

Όχι

7. Προϋπηρεσία: _____ έτη _____ μήνες

8. Εκπαίδευση:

Απόφοιτος Λυκείου/Επαγγελματικού Λυκείου

Απόφοιτος Ι.Ε.Κ

Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.

Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.

Κάτοχος Μεταπτυχιακού

Κάτοχος Διδακτορικού

9. Τομέας απασχόλησης

Εργαστήριο

Ιατρεία

Μεταφορά ασθενών

Υποδοχή ασθενών

Άλλο (να συμπληρωθεί)

—

10. Τμήμα απασχόλησης (να συμπληρωθεί)

11. Νοσηλευτική (ή άλλη) εμπειρία στο τμήμα: _____ έτη _____ μήνες

12. Εμβολιαστική κάλυψη κατά την παιδική ηλικία

Ναι

Όχι

ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

13. Γνωρίζετε ότι το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να έχει κάνει κάποια εμβόλια

Ναι

Όχι

14. Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για την εμβολιαστική κάλυψη των νοσηλευτών είναι επαρκείς;

Καθόλου

Σε μικρό βαθμό

Σε μέτριο βαθμό

Σε μεγάλο βαθμό

15. Κάνετε συστηματικά ανοσολογικό έλεγχο;

Ναι

Όχι

16. Αν ΝΑΙ κάθε πότε;

- Κάθε 6 μήνες**
- Κάθε χρόνο**
- Κάθε 2 χρόνια**

17. Κάνετε συστηματικά τη δοκιμασία φυματινοαντίδρασης Mantoux;

- Ναι**
- Όχι**

18. Αν ΝΑΙ κάθε πότε;

- Κάθε 6 μήνες**
- Κάθε χρόνο**
- Κάθε 2 χρόνια**

19. Ελέγχετε τακτικά τους τίτλους της ηπατίτιδας Β;

- Ναι**
- Όχι**

20. Αν ΝΑΙ κάθε πότε;

- Κάθε 6 μήνες**
- Κάθε χρόνο**
- Κάθε 2 χρόνια**

21. Έχετε καλυφθεί με εμβόλια πριν εργαστείτε στο Νοσοκομείο;

- Ναι**
- Όχι**

22. Καλυφθήκατε με εμβόλια αφού ξεκινήσατε να εργάζεστε στο Νοσοκομείο;

Ναι

Όχι

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

23. Για ποιες από τις παρακάτω ασθένειες έχετε εμβολιαστεί;

Ιός της γρίπης

Φυματίωση

Ηπατίτιδα Β

Διφθερίτιδα

Τέτανο

24. Εμβολιαστήκατε

Από προσωπική επιλογή

Από πρωτοβουλία του Νοσοκομείου

Από σύσταση συναδέλφου

Μετά από σεμινάριο ενημέρωσης

Άλλο (να αναφερθεί)

25. Ο λόγος που σας οδήγησε στο να εμβολιαστείτε

Ατύχημα στο χώρο εργασίας

Προσωπική πρωτοβουλία

Υποχρεωτικός εμβολιασμός

Ενημέρωση στο χώρο εργασίας

Άλλο (να αναφερθεί)

26. Είστε συνεπείς στις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων

- Ιός της γρίπης
- Φυματίωση
- Ηπατίτιδα Β
- Διφθερίτιδα
- Τέτανο

27. Αν όχι ποιες δόσεις έχετε παραλείψει;

- Ιός της γρίπης
- Φυματίωση
- Ηπατίτιδα Β
- Διφθερίτιδα
- Τέτανο

28. Οι λόγοι σας οδήγησαν στην απόφαση να μην εμβολιαστείτε

- Οικονομικοί λόγοι
 - Φοβάμαι τι παρενέργειες εμβολίων
 - Διαθέτω ελλιπή ενημέρωση
 - Αμέλεια
 - Δεν έχω εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων
 - Δεν παίρνω φάρμακα γενικά
 - Δεν διατρέχω υψηλό κίνδυνο έκθεσης στο χώρο που εργάζομαι
 - Διαθέτω επαρκή ανοσία
 - Δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα για εμβολιασμούς στο Νοσοκομείο
 - Άλλο (να συμπληρωθεί)
-

ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

29. Παρακάτω αναφέρονται διάφορες απόψεις για θέματα εμβολίων. Παρακαλούμε να σημειώσετε εάν Συμφωνείτε ή Διαφωνείτε ή εάν Μάλλον συμφωνείτε ή

Μάλλον διαφωνείτε για καθένα από τα παρακάτω. Δεν υπάρχει "σωστό" ή "λάθος", απλώς θέλουμε να καταγράψουμε τις απόψεις των γονέων.

ΒΑΛΤΕ ΤΣΕΚ () ΣΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑΚΙ ΠΟΥ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ

		Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δ Ε Ν Σ Ε Ι Σ Τ Ω
1	Οι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι					
2	Γενικά έχω μεγάλο φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να μου κάνουν κακό					
3	Κάθε νέο εμβόλιο πρέπει να γίνεται μόλις κυκλοφορήσει					
4	Αυτά που μου λέει ο γιατρός για τα εμβόλια που χρειάζομαι, συνήθως τα επιβεβαιώνω κι από άλλού					
5	Προτιμώ να περάσω κάποια ασθένεια, γιατί αυτό είναι το φυσικό					
6	Είμαι πολύ μπερδεμένη/ος σχετικά με τα εμβόλια, γιατί οι γιατροί έχουν τελείως αντίθετες γνώμες μεταξύ τους					
7	Ακόμη και σήμερα νοιώθω τρόμο με τα εμβόλια και τις ενέσεις, γιατί σαν παιδί είχα πολύ κακές εμπειρίες					
8	Όσο περισσότερα εμβόλια κάνει κάποιος, τόσο το καλύτερο για την υγεία του					
9	Το κράτος μάς ενημερώνει ελάχιστα για τα νέα εμβόλια, γιατί δεν θέλει να δίνει λεφτά για την αγορά τους					
10	Προσπαθώ να εμβολιάζομαι όπως λέει η ιατρική επιστήμη					
11	Τα εμβόλια είναι τελείως ακίνδυνα, και ποτέ δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στην υγεία μας					
12	Πολλές ενέργειες για τη διάδοση ορισμένων νέων εμβολίων γίνονται για οικονομικό κέρδος					

30. Πόσο εμπιστεύεστε τους παρακάτω για τη σωστή ενημέρωσή σας σε θέματα εμβολίων - πολύ, αρκετά, μέτρια ή λίγο;

Πόσο εμπιστεύεστε . . . :

		Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Δ Ε Ν Σ Ε Ι Σ Τ Ω
1	... το γιατρό που σας;					
2	... τη νοσηλεύτρια του χώρου εμβολιασμού - εάν υπάρχει;					
3	... τους φίλους, συγγενείς ή άλλα άτομα γύρω σας;					
4	... τις επίσημες ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας;					

5	... τα βιβλία;					
6	... τα περιοδικά;					
7	... τις ειδήσεις στις εφημερίδες και την τηλεόραση;					
8	... τα ρεπορτάζ ή αφιερώματα των εφημερίδων;					
9	... τις ενημερωτικές εκπομπές στην τηλεόραση;					
10	... το διαδίκτυο;					

31. Παρακάτω αναφέρονται διάφορα προβλήματα που καμιά φορά αντιμετωπίζουν οι γονείς. Θα θέλαμε να μας πείτε εάν εσείς έχετε πρόβλημα ή όχι. Και εάν ΝΑΙ, το πρόβλημα είναι Μικρό, Μέτριο ή Μεγάλο;

Έχετε εσείς πρόβλημα με . . . :

		ΟΧΙ	Μικρό	Μέτριο	Μεγάλο
1	... μακρινή απόσταση του ιατρείου εμβολιασμού από το σπίτι σας;				
2	... άβολες και κακές για σας ώρες λειτουργίας του ιατρείου εμβολίων;				
3	... έλλειψη καλής ενημέρωσης για τα εμβόλια;				
4	... μεγάλο οικονομικό κόστος των εμβολίων;				
5	... μεγάλο οικονομικό κόστος της ιατρικής επίσκεψης για εμβολιασμό;				
6	... κακή συμπεριφορά του προσωπικού στο ιατρείο εμβολιασμού;				
7	... κάτι άλλο;				

32...... E
AN «ΑΛΛΟ»: ► **Τί πρόβλημα;**.....

ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

33. Έχετε εμβολιαστεί για τη φυματίωση;

Ναι

Όχι

34. Έχετε πραγματοποιήσει φυματινοαντίδραση (MANTOUX) τα τελευταία πέντε χρόνια;

Ναι

Όχι

35..... Τ

ι σας εμπόδισε να εμβολιαστείτε μέχρι σήμερα;

.....
.....

36.....

Από πού παίρνετε πληροφορίες για τους εμβολιασμούς;

.....
.....

37..... Π

οιες κατηγορίες ενηλίκων θεωρείτε ότι πρέπει οπωσδήποτε να εμβολιάζονται;

.....
.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΦΥΛΛΑΔΙΟ

Ενημερωθείτε.... είναι μεταδοτικό!!!

**ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ-ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ-ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ
ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΣΑΣ !**

Πολλά νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό είναι πλέον σπάνια ή έχουν εξαλειφθεί από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τον ανεπτυγμένο κόσμο, **λόγω των συστηματικών εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού**. Παρόλα αυτά, σήμερα, υπάρχουν πολλά μεταδοτικά νοσήματα που είναι πολύ συχνά σε άλλα Κράτη ή περιοχές του κόσμου και τα οποία **μπορεί να επανεισαχθούν** στην Ευρώπη μέσω ταξιδιωτών ή μετακινήσεων πληθυσμών (μετανάστες, πρόσφυγες). **Όλα τα νοσήματα αυτά μπορούν να προληφθούν με τον εμβολιασμό.**

Και όσο και αν ισχύει η θεώρηση ότι η φυσική ανοσία είναι μεγαλύτερης διάρκειας από την ανοσία που παράγεται με τον εμβολιασμό, άλλο τόσο ισχύει ότι **οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές από τη φυσική ανοσία είναι συγκριτικά πολύ σοβαρότερες σε σύγκριση με αυτές από τον εμβολιασμό.**

Όλα τα παραπάνω τονίζουν ότι η απόφαση σχετικά με τον εμβολιασμό αφορά όλο το κοινωνικό σύνολο και ιδίως τους επαγγελματίες υγείας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει την ηθική υποχρέωση να προστατεύει τους ασθενείς του από τη μετάδοση νόσων και κατ' επέκταση τον εαυτό του, την οικογένειά του αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο στο οποίο ανήκει.

Αλλά ποια είναι τα εμβόλια που ένας επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να κάνει;

1. Το Εμβόλιο Τετάνου-Διφθερίτιδας-Κοκκύτη (Td/Tdap)

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν τουλάχιστον μια δόση Td/Tdap στην ενήλικη ζωή τους, που προστατεύει από τον τέτανο, τη διφθερίτιδα και τον κοκκύτη.

2. Το Εμβόλιο της Ιλαράς-Ερυθράς-Παρωτίτιδας (MMR)

Επαγγελματίες υγείας με υποστηρικτικές ειδικότητες αλλά και εθελοντές που έχουν επαφή με ασθενείς και έχουν γεννηθεί μετά το 1975 στην Ελλάδα, πρέπει να έχουν λάβει 2 δόσεις του εμβολίου MMR για πλήρη προστασία.

Επίσης, επαγγελματίες υγείας χωρίς ανοσία, που έχουν εκτεθεί σε ιλαρά, ερυθρά ή παρωτίτιδα, πρέπει να κάνουν εντός 72 ωρών το εμβόλιο MMR για να προλάβουν την εκδήλωση συμπτωμάτων.

3. Το Εμβόλιο της Ανεμοβλογιάς

Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με νεογνά ή ασθενείς σε ανοσοκαταστολή πρέπει είτε να έχουν ανοσία (ιστορικό φυσικής ασθένειας ή ιστορικό δύο δόσεων του εμβολίου), είτε να εμβολιαστούν με το εμβόλιο της ανεμοβλογιάς.

4. Το Εμβόλιο της Ηπατίτιδας Β

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με ασθενείς πρέπει να είναι εμβολιασμένοι κατά της ηπατίτιδας Β.

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν ανοσία, μετά από ατύχημα στο χώρο της εργασίας και δυνητική έκθεση σε μολυσματικό υλικό, πρέπει να λάβουν την πρώτη δόση του εμβολίου, όσο το δυνατόν γρηγορότερα, ώστε να αποτραπεί πιθανή λοίμωξη.

5. Το Εμβόλιο της Γρίπης

Κάθε έτος, όλοι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με ασθενείς πρέπει να εμβολιάζονται με το εμβόλιο της γρίπης, ώστε να προστατεύονται από τους ιούς της εποχικής γρίπης.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ανεπιθύμητων ενεργειών όλων των παραπάνω εμβολίων είναι **τοπικές αντιδράσεις στην περιοχή της ένεσης, όπως ευαισθησία, πόνος ή χαμηλός πυρετός. Πιο**

σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπάνιες, συνήθως 1 περίπτωση σε χιλιάδες ή εκατομμύρια δόσεις χορηγούμενο εμβολίου.

Αντιθέτως **τα οφέλη των εμβολιασμών είναι πολλά**. Οφέλη για τον ασθενή, οφέλη για τον επαγγελματία υγείας και οφέλη για το κοινωνικό περιβάλλον.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας **δε θα πρέπει να ξεχνούν** ότι:

Ο εμβολιασμός σώζει ζωές!

Ο εμβολιασμός αφορά όλους!

Ο εμβολιασμός είναι καθήκον και προτεραιότητα!

Τι λένε οι στατιστικές





1. **WHO.** Influenza vaccines. *Weekly Epidemiological Record.* 2005, Τόμ. 33, σσ. 279-287.
2. **Ahmed, AE, Nicholson, KG και Nguyen - Van- Tam, JS.** Reduction in mortality associated with influenza vaccine during 1989-90 epidemic. *Lancet.* 1995, Τόμ. 346, σσ. 591-595.
3. **WHO, UNICEF και Bank, World.** *State of the world's vaccines and immunization.* 3rd edition. Geneva: WHO; UNICEF; World Bank, 2009.
4. **Μπενέτου, Β. και Πετρίδου, Ε.** Εμβολιασμοί στη δημόσια Υγεία. [συγγρ. βιβλίου] Τριχόπουλος. *Εμβόλια.* 2008.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ» Ν.Π.Δ.Δ.
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1843
ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 26
106 72 ΑΘΗΝΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Νο.1 /18-02-2015

Κατά τη σημερινή συνεδρίαση που έγινε του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος τα παρακάτω μέλη: κ. Μητρόπουλος Παναγιώτης, κ.Παροικάκης Ευστράτιος, κ. Χαλκιαδάκης Ιωάννης, κ. Καραγιάννης Δημήτριος, κ. Κονταδάκης Γεώργιος, κ. Σούλα Αικατερίνη και η κ. Δανηλίδου Δέσποινα.

ΘΕΜΑ : ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΔΗΜΗΤΡΗ ΠΗΝΕΛΟΠΗΣ

Σχετ.:αρ. πρωτ.5696/16-02-2015 αίτησή της

Κατόπιν του ανωτέρω σχετικού σας γνωστοποιούμε ότι εγκρίνουμε την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης της κ. Μακροδημήτρη Πηνελόπης, στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου με τίτλο «Έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας στο Οφθαλμιατρείο Αθηνών».

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου

ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΠΑΡΟΙΚΑΚΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ

ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΚΟΝΤΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΣΟΥΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΔΑΝΗΛΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

