



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*“Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς
της Μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της Κρίσης”*

Πάνας Γεώργιος

Επιβλέπων Καθηγητής
κ. Γκρος Χρήστος

Λευκωσία, Μάιος, 2019

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*“Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς
της Μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της Κρίσης”*

Πάνας Γεώργιος

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου
σπουδών

στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας

από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Επιβλέπων Καθηγητής

κ. Γκρος Χρήστος

Λευκωσία, Μάιος, 2019

Ευχαριστίες

Με την περαίωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον καθηγητή μου κ. Γκρος Χρήστο για την ευεργετική καθοδήγηση και στήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας μου.

Ευχαριστώ την οικογένεια μου για την έμπρακτη βοήθεια και δύναμη που μου παρείχαν κατά την εκπόνηση της διατριβής μου, αλλά και συγκεκριμένα την αδερφή μου για τη συμμετοχή της στη διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων.

Θα επιθυμούσα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στις Διοικήσεις της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πατρών Καραμανδάνειο, για την παροχή αδειών, ώστε να διεξάγω την έρευνα μου στις υγειονομικές Μονάδες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα παιδιά και τους γονείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι οποίοι διέθεσαν το χρόνο τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αλλά και για την εμπιστοσύνη που επέδειξαν, διαθέτοντας το Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού τους, ώστε να ληφθούν πολύτιμα δεδομένα για τη διεξαγωγή της μελέτης και την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς της Μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της Κρίσης

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία και ειδικότερα στους παιδικούς εμβολιασμούς αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες όλων των χωρών, σύμφωνα με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ο εντοπισμός και η διερεύνηση των ανισοτήτων αποτελεί εφαλτήριο για τον καθορισμό πολιτικών υγείας, αποσκοπώντας στην αντιμετώπιση και συρρίκνωση των ανισοτήτων αυτών. Οι Ρομά διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα έρχονται αντιμέτωποι με οξείες κοινωνικές ανισότητες. Η ανίχνευση όμως των ανισοτήτων στους παιδικούς εμβολιασμούς των Ρομά αποτελεί ζήτημα το οποίο δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά, μέσω μελετών στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη οι Ρομά βιώνουν ποικιλόμορφες, αλλά και εντονότερες ανισότητες, με αντίκτυπο τα χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμών των παιδιών τους σε σύγκριση με αυτά των Ελληνόπουλων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των υγειονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων που βιώνουν οι Ρομά ως προς την παιδική ανοσοποίηση, καθώς και η εκτίμηση των ποσοστών εμβολιασμών, τους οποίους υποδεικνύει το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, μεταξύ Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά, στην ευρύτερη περιοχή της νοτιοδυτικής Ελλάδας.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε συγχρονική έρευνα (cross-sectional study) απλής τυχαίας δειγματοληψίας σωρού-διαστρωμάτωσης σε δημόσιες Υγειονομικές Μονάδες, αλλά και σε ιατρεία ιδιωτών παιδιάτρων της ευρύτερης περιοχής της Πάτρας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν Ελληνόπουλα και Ελληνόπουλα Ρομά και των δύο φύλων, ηλικίας 2-14 ετών. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που συντείνουν στην ύπαρξη ανισοτήτων στους εμβολιασμούς των Ρομά. Συμπληρωματικά χρησιμοποιήθηκε το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού»

ώστε να συλλεχθούν στοιχεία σε σχέση με την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών, αλλά και ως μέσο για την επιβεβαίωση των απαντήσεων που έδωσαν οι γονείς στα ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 204 παιδιά, εκ των οποίων τα 97 (47,5%) ήταν Ελληνόπουλα Ρομά. Αγόρια ήταν το 54,2% των Ελληνόπουλων και το 63,9% των Ρομά. Ανευρέθηκαν δυσμενέστερες συνθήκες διαβίωσης, αλλά και ενημέρωσης των Ρομά σχετικά με τη διενέργεια των εμβολιασμών, συγκριτικά με τους Έλληνες. Ο βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού των ιατρείων εμβολιασμού ήταν μεγαλύτερος στους Έλληνες ($p < 0,001$). Οι Έλληνες είχαν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά, ασφάλιση υγείας και ατομικό βιβλιάριο υγείας, όπως και συχνότερη επισκεψιμότητα στον παιδίατρο σε σύγκριση με τους Ρομά ($p < 0,001$). Οι Έλληνες Ρομά εξέφρασαν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό απόψεις όπως: η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνουν ή να καθυστερήσουν κάποια εμβόλια στα παιδιά τους και πως δεν είναι εύκολη η πρόσβαση τους στα ιατρεία εμβολιασμών ($p < 0,001$). Τα επίπεδα ανοσοποίησης του μειονοτικού πληθυσμού βρέθηκαν συγκριτικά πολύ χαμηλότερα από αυτά των Ελληνόπουλων για όλα τα εμβόλια που συστήνει το ΕΠΕ. Υπήρξαν πολύ μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των δύο πληθυσμών για τα εμβόλια του αιμόφιλου της ινφλουέντζας, της ανεμοβλογιάς, του MMR, του BCG, της πολιομυελίτιδας, της ηπατίτιδας Α, όπου οι διαφορές εκκινούσαν από το 20% και σχεδόν κατέληγαν στο 70%. Χαρακτηριστικό εύρημα αποτελεί το γεγονός πως δεν ανευρεθεί κανένα παιδί Ρομά εμβολιασμένο ενάντια στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων.

Συμπεράσματα: Οι Ρομά βιώνουν ανισότητες, ως προς τις συνθήκες διαβίωσης, της εκπαίδευσης, αλλά και της εν γένει ενημέρωσης τους σχετικά με τους εμβολιασμούς, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, ενώ σε πολλές περιπτώσεις φαίνεται να μην είναι ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού των ιατρείων εμβολιασμού. Παρά την ύπαρξη μέτρων, όπως της δωρεάν παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους ανασφάλιστους και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες από τις δημόσιες υγειονομικές δομές, η πληθυσμιακή τους ομάδα φαίνεται να βιώνει εντονότερα την οικονομική κρίση που μαστίζει την Ελλάδα. Άμεση συνέπεια όλων αυτών των συνθηκών είναι τα χαμηλότερα επίπεδα ανοσοποίησης των παιδιών τους σε σχέση με τα Ελληνόπουλα. Η υιοθέτηση πολιτικών υγείας ανθρωποκεντρικού ύφους και οι προσπάθειες αφομοίωσης τους από την υπόλοιπη κοινωνία πρέπει να αποτελέσουν πυλώνα των προσπαθειών για την πάταξη των ανισοτήτων.

Λέξεις κλειδιά: Διερεύνηση ανισοτήτων, παιδικοί εμβολιασμοί, Ρομά, Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, οικονομική κρίση, νοτιοδυτική Ελλάδα.

Investigation of Health Inequalities in Childhood Vaccinations of the Roma Minority in Greece of the Crisis

Abstract

Introduction: The existence of inequalities in health and in particular in childhood vaccinations is one of the most important problems faced by citizens of all countries, according to the findings of international literature. Identifying and investigating inequalities is a starting point for defining health policies, aiming at addressing and shrinking these inequalities. The Roma internationally, but also in Greece, are facing acute social inequalities. But the detection of inequalities in Roma childhood vaccinations is a matter that has not been thoroughly investigated through studies in Greece. According to this study, the Roma are experiencing varying but also more pronounced inequalities, with the lowest rates of vaccinations of their children compared to those of Greek children.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the health and social inequalities experienced by Roma in childhood immunization, as well as to estimate the rates of vaccinations indicated by the National Vaccine Program between Roma children and Greek children, in the wider area of the southwest Greece.

Methodology: A cross-sectional study of simple random sampling of heap-stratification was carried out in public Health Units, as well as in private pediatric clinics in the wider area of Patras. The sample of the survey was Greek children and Greek Roma children of both sexes, aged 2-14 years old. Data collection took place through a specially formulated questionnaire in Greek in order to investigate the factors that contribute to inequalities in Roma vaccinations. In addition, the "Children's Health Book" was used to collect data related to the vaccination coverage of children, as well as a means of confirming the answers given by the parents to the questionnaires.

Results: The study included a total of 204 children, of whom 97 (47.5%) were Greek Roma children. Boys were 54.2% of Greek children and 63.9% of Roma. More difficult living conditions were found, as well as Roma information on vaccinations compared to Greeks. The degree of satisfaction with the behavior of the staff of the vaccination clinics was higher in the Greeks ($p < 0.001$). The Greeks had significantly higher rates of health insurance and individual health book, as well as more frequent pediatric visits compared to the Roma ($p < 0.001$). Greek Roma expressed considerably higher views such as: the general economic situation in Greece has played a role in not making or delaying some of the vaccines for their children and that their access to vaccination clinics is not easy ($p < 0.001$). Immunization levels of the minority population were found to be much lower than those of Greek children for all vaccines recommended by the National Vaccination Program. There were very large deviations between the two populations for Hemophilus influenza, chickenpox, MMR, BCG, Poliomyelitis, Hepatitis A, where the differences started from 20% and reached almost 70%. A characteristic finding is the fact that no Roma children are vaccinated against the human papillomavirus.

Conclusions: The Roma are experiencing inequalities in terms of living conditions, education and general information about vaccinations compared to the general population, and in many cases appear to be dissatisfied with the behavior of medical staff vaccination. Despite the existence of measures such as the provision of free health care to uninsured and vulnerable social groups by public health structures, their population group seems to be experiencing more severely the financial crisis that plagues Greece. Immediate consequence of all these conditions are the lower levels of immunization of their children compared to Greek children. The adoption of anthropocentric health policies and their assimilation efforts by the rest of society should be a pillar of efforts to combat inequalities.

Keywords: Investigation of inequalities, child vaccinations, Roma, National Vaccine Program, economic crisis, southwestern Greece.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	iii
Περίληψη.....	iv
Abstract.....	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	xii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xiv
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο Πρώτο: Σκοπός της Έρευνας και Θεωρητική Προσέγγιση των Ανισοτήτων	4
1.1. Αποτύπωση του Προβλήματος των Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς.....	4
1.2. Σκοπός της Έρευνας & Ερευνητικά Ερωτήματα	6
1.3. Ιστορική Αναδρομή Ανισοτήτων και των Μεθόδων Προσδιορισμού τους.....	7
1.4. Βασικοί Ορισμοί & Θεωρητική Προσέγγιση της Ανισότητας στην Υγεία.....	9
Κεφάλαιο Δεύτερο: Ανισότητες Στους Παιδικούς Εμβολιασμούς	11
2.1. Ανισότητες & Μελέτες Διερεύνησης.....	11
2.1.1. Στόχοι και Παγκόσμιες Αποφάσεις Ενάντια στις Ανισότητες των Εμβολιασμών – Μέτρα Άμβλυνσης Ανισοτήτων.....	11
2.1.2. Αιτίες Ανισοτήτων στους Εμβολιασμούς του Γενικού Πληθυσμού Διεθνώς και στην Ελλάδα.....	13
2.1.3. Μέθοδοι και Δείκτες Εκτίμησης Ανισοτήτων στους Εμβολιασμούς.....	16
2.1.4. Μελέτες Διερεύνησης Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς Διεθνώς.....	18
2.1.5. Μελέτες Διερεύνησης Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς στην Ελλάδα	19
2.2. Ρομά και Ανισότητες στους Εμβολιασμούς.....	21
2.2.1 Κοινωνική - Πολιτιστική Ταυτότητα των Ρομά & Προγράμματα Κοινωνικής Δράσης ..	21
2.2.2. Μελέτες Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς των Ρομά Διεθνώς	24
2.2.3. Μελέτες Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς των Ρομά στην Ελλάδα	26

2.2.4. Αιτίες Ανισοτήτων στους Εμβολιασμούς Ρομά Διεθνώς και στην Ελλάδα	28
2.3. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και Ανισότητες στους Εμβολιασμούς	31
Κεφάλαιο Τρίτο: Εμβόλια	34
3.1. Ιστορική Αναδρομή Εμβολίων	34
3.2. Εμβόλια και Ανοσία	36
3.2.1. Εμβόλια & Θωράκιση Έναντι της Νοσηρότητας - Θνησιμότητας	36
3.2.2. Ανοσία & Συλλογική Ανοσία.....	38
3.3. Κατηγορίες Εμβολίων και Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες τους	40
3.4. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών	43
Κεφάλαιο Τέταρτο: Μεθοδολογία.....	45
4.1. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας	45
4.2. Δείγμα & Πληθυσμός της Έρευνας	45
4.3. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων - Περιγραφή Ερευνητικών Εργαλείων	47
4.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	48
4.5. Ηθική - Δεοντολογία & Εγκρίσεις Διεξαγωγής της Έρευνας	49
4.6 Στατιστική Ανάλυση.....	50
Κεφάλαιο Πέμπτο: Αποτελέσματα.....	51
5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά & Τόπος Συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου	51
5.2 Στοιχεία Ασφάλισης	55
5.3 Απόψεις Για Τους Παιδικούς Εμβολιασμούς.....	56
5.4 Ιστορικό Παιδιού	61
5.5 Εμβολιασμοί	64
5.6 Κοινωνική Οργάνωση & Προβλήματα που Αντιμετωπίζουν οι Πολίτες.....	71
5.7 Σχόλια-Παρατηρήσεις Ερωτηματολογίου	77
Κεφάλαιο Έκτο: Συζήτηση - Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	78
6.1.Συζήτηση – Συμπεράσματα	78
6.1.1.Εμβολιασμοί.....	79
6.1.2.Διερεύνηση Ανισοτήτων & Εμποδίων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς	81

6.2. Ανακεφαλαίωση	84
6.3. Περιορισμοί της Μελέτης.....	85
6.4. Προτάσεις	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	101
Παράρτημα 1: 1 ^η Άδεια - Απόφαση Τμήματος Εκπαίδευσης 6 ^{ης} ΔΥΠΕ για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων.....	102
Παράρτημα 2: Τελική Άδεια – Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου 6 ^{ης} ΔΥΠΕ για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων σε Δομές Π.Φ.Υ.	103
Παράρτημα 3: 1 ^η Άδεια - Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων	106
Παράρτημα 4: Τελική Άδεια - Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων	108
Παράρτημα 5: Έντυπο Συγκατάθεσης Ερωτηματολογίου	110
Παράρτημα 6: Ερωτηματολόγιο.....	112
Παράρτημα 7: Αίτημα Προς 6 ^η ΔΥΠΕ για τη Χορήγηση Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων στο Κ.Υ. ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ και στο ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	118

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων (2017) *	44
Πίνακας 2. Συνολική απόκριση μελέτης	46
Πίνακας 3. Δημογραφικά – οικογενειακά στοιχεία Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.....	51
Πίνακας 4. Επάγγελμα γονέων των Ελληνόπουλων και των Ελληνόπουλων Ρομά που συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια	53
Πίνακας 5. Τόπος διαμονής Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.....	54
Πίνακας 6. Μέρος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου του υπό μελέτη πληθυσμού.....	55
Πίνακας 7. Στοιχεία ασφάλισης Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.....	55
Πίνακας 8. Απόψεις των γονέων για τους παιδικούς εμβολιασμούς του υπό μελέτη πληθυσμού....	56
Πίνακας 9. Φόβοι των γονέων για δυνητικές παρενέργειες των εμβολίων στον υπό μελέτη πληθυσμό.....	58
Πίνακας 10. Γνώσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά σχετικά με το πότε διεξάγονται οι παιδικοί εμβολιασμοί.....	59
Πίνακας 11. Οι πηγές τις οποίες εμπιστεύονται οι γονείς του υπό μελέτη πληθυσμού ώστε να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς.....	60
Πίνακας 12. Ιατρικό ιστορικό Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.....	61
Πίνακας 13. Στοιχεία για τον εμβολιασμό Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.....	64
Πίνακας 14. Στοιχεία ελλιπούς εμβολιασμού Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.....	67
Πίνακας 15. Συχνότητα επισκέψεων στον παιδίατρο των δύο υπό μελέτη ομάδων	69
Πίνακας 16. Απόψεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με την κοινωνική οργάνωση	71
Πίνακας 17. Απόψεις των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού σχετικά με την αντιμετώπιση τους από το προσωπικό των ιατρικών εμβολιασμών.....	76
Πίνακας 18. Στοιχεία για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους γονείς των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά	77

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<i>Γράφημα 1. Διανεμηθέντα ερωτηματολόγια ανά τομέα.</i>	46
<i>Γράφημα 2. Ηλικία Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.</i>	52
<i>Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.</i>	52
<i>Γράφημα 4. Ποσοστά Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά με ασφάλιση υγείας και ατομικό βιβλιάριο υγείας.</i>	56
<i>Γράφημα 5. Απόψεις των γονέων Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά σχετικά με το αν θεωρούν σημαντικούς τους παιδικούς εμβολιασμούς για την προστασία της υγείας του παιδιού τους.</i>	57
<i>Γράφημα 6. Γνώσεις των γονέων Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό.</i>	60
<i>Γράφημα 7. Πηγές που εμπιστεύονται οι συμμετέχοντες ώστε να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς του υπό μελέτη πληθυσμού.</i>	61
<i>Γράφημα 8. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Έχει το παιδί σας αλλεργία σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε άλλο».</i>	63
<i>Γράφημα 9. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Έχει παρουσιάσει το παιδί σας αλλεργία ή κάποια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια σε κάποιο εμβόλιο».</i>	64
<i>Γράφημα 10. Τόπος εμβολιασμού Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.</i>	65
<i>Γράφημα 11. Εμβολιασμοί Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.</i>	67
<i>Γράφημα 12. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση</i>	68
<i>Γράφημα 13. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία».</i> .	69
<i>Γράφημα 14. Συχνότητα με την οποία επισκέπτονται τον παιδίατρο οι γονείς του υπό μελέτη πληθυσμού στις ημερομηνίες που τους έχει υποδείξει.</i>	70
<i>Γράφημα 15. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Το κράτος αντιμετωπίζει όλους τους πολίτες του ισάξια».</i>	72
<i>Γράφημα 16. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Είναι ικανοποιητικές οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχει το κράτος».</i>	73
<i>Γράφημα 17. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Το κράτος σας καλύπτει τις δαπάνες για τον εμβολιασμό του παιδιού σας».</i>	73

<i>Γράφημα 18.</i> Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Είναι εύκολη η πρόσβαση στα ιατρεία εμβολιασμού».....	74
<i>Γράφημα 19.</i> Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Η οικονομική σας κατάσταση σας επιτρέπει να μετακινηθείτε στο ιατρείο εμβολιασμού».....	74
<i>Γράφημα 20.</i> Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Μπορείτε να πληρώσετε το οικονομικό κόστος του εμβολίου».....	75
<i>Γράφημα 21.</i> Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Θεωρείτε πως η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνετε ή να καθυστερήσετε κάποια εμβόλια στο παιδί σας».....	76

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Εμβόλια

BCG	Εμβόλιο φυματίωσης
DTaP	Εμβόλιο διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη/ακυτταρικό
DTP	Εμβόλιο διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη
HepA	Εμβόλιο ηπατίτιδας Α
HepB	Εμβόλιο ηπατίτιδας Β
Hib	Εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου b
HPV	Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων
INFL	Εμβόλιο Γρίπης
IPV	Εμβόλιο πολιομυελίτιδας, αδρανοποιημένο-ενισχυμένο (ενέσιμο)
MANTOUX	Φυματινοαντίδραση
MCC	Εμβόλιο Μηνιγγιτιδόκοκκου συζευγμένο μονοδύναμο οροομάδας C
MCVC	Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας C, συζευγμένο
MMR	Εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας
PCV	Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, συζευγμένο
RV	Εμβόλιο Ροταϊού
Tdap	Εμβόλιο Τετάνου-Διφθερίτιδας-Κοκκύτη ακυταρρικό
VAR	Εμβόλιο Ανεμοβλογιάς

Ανοσολογικοί Δείκτες

HAV	Ιός της ηπατίτιδας Α
HBV	Ιός της ηπατίτιδας Β
HCV	Ιός της ηπατίτιδας C
anti-HBc	Επιδημιολογικός δείκτης παρελθούσας λοίμωξης από τον HBV
anti-HBs	Ταχεία χρωματογραφική ανοσοβιολογική εξέταση για την ποιοτική ανίχνευση αντισωμάτων του ιού της ηπατίτιδας Β στο ανθρώπινο αίμα - ορό - πλάσμα
HBsAg	Αυστραλιανό αντιγόνο

Λοιπές Συντομογραφίες

ΑΧΣ	Αναπτυξιακός Στόχος Χιλιετίας
ΕΠΕ	Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
ΕΣΠΑ	Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς
ΚΕΕΛΠΙΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
EPI	Expanded Program on Immunization
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

Εισαγωγή

Σε επανειλημμένες απόπειρες διερεύνησης του φαινομένου των ανισοτήτων στην υγεία, τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν καταδείξει ότι το επίπεδο «καλής υγείας» πρέπει να διασφαλίζεται ως βασική έκβαση και σκοπός (Rice, 2006), συνδυαστικά πάντα με την παροχή ελεύθερης πρόσβασης στην υγεία και την αποτροπή των οικονομικών φραγμών των πολιτών (Culyer, 1989). Υπάρχουν πολλαπλά παραδείγματα οικονομικών αποκλεισμών, επιβεβαιωμένα κυρίως μέσω καταστάσεων ανεπαρκούς κάλυψης των δαπανών υγείας των πολιτών σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένων βεβαίως της Κύπρου και της Ελλάδας. Ο Kawachi (2002) προσδιορίζει ως ανισότητα τη μη ωφέλεια συγκεκριμένων ατόμων ή ομάδων από τα επιτεύγματα της ιατρικής. Η καλή υγεία πραγματοποιήσιμη μέσω της προσπέλασης κοινωνικών ανισοτήτων παρέχει σε όλους τους πολίτες τα εφόδια ώστε να επιτυγχάνουν τους καθημερινούς στόχους τους (Culyer, 1993).

Οι ανισότητες μεταξύ χωρών και κοινωνικοοικονομικών ομάδων, όπως αυτές στις οποίες αναφέρεται το Black Report (δημοσίευση 1980) θα μπορούσαν να μειωθούν αν οι βασικές υγειονομικές υπηρεσίες προσφέρονταν σε όλους τους πολίτες και αν οι ασφαλείς και υγιεινές πτυχές ζωής και εργασίας βελτιώνονταν. Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006) είναι επιτακτική ανάγκη να υιοθετηθεί η αρχή των ίσων δικαιωμάτων για όλους τους πολίτες.

Η υγεία τόσο για συγκρίσεις μεταξύ κρατών, όσο και μεταξύ κοινωνικών τάξεων μετριέται με δείκτες όπως το προσδόκιμο επιβίωσης και η βρεφική (και καθολική) θνησιμότητα. Οι κοινωνικές ανισότητες όπως αυτές που εντοπίζονται στην εργασία, στην εκπαίδευση, στις οικονομικές δυνατότητες (Whitehead, 1992), στις ασφαλιστικές καλύψεις (Υφαντόπουλος, 2006) οδήγησαν στην υγειονομική κρίση (O'Neil, 2000). Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (WHO, 2004) η πιθανότητα θανάτου στους ενήλικες 15-60 ετών ήταν για το 2002, 8,3% στη Σουηδία και 82,1% στη Ζιμπάμπουε. Επίσης η παιδική θνησιμότητα στη Σιέρρα Λεόνε ήταν περίπου 316 περιστατικά ανά 1000 γεννήσεις, ενώ στην Ισλανδία 3 θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις.

Αναπτυγμένες χώρες όπως η Σουηδία έχουν επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων, μέσω δημιουργίας κοινωνικών συνθηκών που διασφαλίζουν «καλή υγεία» για όλους τους πολίτες (Hogstede, 2004). Στον αντίποδα στις υποανάπτυκτες χώρες γίνεται προσπάθεια, κυρίως μέσω

αναδιανομής κονδυλίων προς τους φτωχούς (Walters & Suhrcke, 2005), παροχής προληπτικής ιατρικής και υποχρεωτικής εγγραφής των παιδιών στα σχολεία (Attanasio & Vera-Hernandez, 2004) (Doyal & Gough, 1991). Επομένως το κίνημα της παγκοσμιοποίησης και οι αγορές ίσως θα πρέπει να επιτρέψουν την επικράτηση της κοινωνικής δικαιοσύνης (Whitehead, 1992).

Μία πτυχή των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία εντοπίζεται στο πεδίο των παιδικών εμβολιασμών, οι οποίοι είναι από τις καθοριστικότερες προληπτικές μεθόδους της ιατρικής ενάντια σε ασθένειες όπως η ηπατίτιδα, η ιλαρά, η ερυθρά, ο τέτανος, η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης και πολλές άλλες νόσους (Weisberg, 2007). Τα οφέλη των εμβολιασμών εκτός από ατομικά μέσω της ενεργητικής ανοσοποίησης, απαντώνται και στις θετικές εξωτερικές επιπτώσεις που προσφέρουν στην κοινωνία, μέσω της συλλογικής ανοσίας (herd immunity) (Anderson & May, 1990), με σαφή θετική συσχέτιση κόστους-οφέλους. Η Unicef (2015) έχει αποφανθεί ότι ετησίως οι εμβολιασμοί αποτρέπουν 2-3.000.000 θανάτους από τέτανο, διφθερίτιδα και κοκκύτη. Με αυτά τα δεδομένα ως εφαλτήριο, ο WHO έχει θέσει ως στόχο την επέκταση των εμβολιασμών στα παιδιά όλων των μειονοτικών ομάδων κάθε χώρας (WHO, 2008).

Όπως στις περισσότερες χώρες (CDC, 2006) έτσι και στην Ελλάδα, μελέτες που έχουν διεξαχθεί κυρίως την πενταετία 1996-2000, το 2001, το 2006 (Danis, et al., 2009), το 2012 και το 2017 αποσκοπώντας στον προσδιορισμό του μεγέθους της εμβολιαστικής κάλυψης, καταδεικνύουν πως όσον αφορά τη συχνότητα εμβολιασμών των παιδιών Ρομά, αυτή κυμαίνεται από μέτρια έως χαμηλή (Παναγιωτόπουλος και συν., 1999). Ενδεικτικά, το 2012 η κάλυψη με δύο δόσεις εμβολίου MMR (ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα) κρίθηκε ως ανεπαρκής σε σχέση με το σχετικό στόχο του ΠΟΥ ($\geq 95\%$), με ποσοστό 83% για το σύνολο των παιδιών της Α΄ Δημοτικού και ακόμα χαμηλότερη για τα παιδιά των Ελλήνων Τσιγγάνων (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013).

Γενικότερα στοιχεία καταδεικνύουν, όσον αφορά για παράδειγμα την ασθένεια της ιλαράς ότι περίπου το 30% (μη εμβολιασμένων) κρουσμάτων (ηλικίας <5 ετών) εμφανίζουν επιπλοκές κυρίως στο αναπνευστικό-πεπτικό σύστημα, οξεία εγκεφαλίτιδα, ιογενή-μικροβιακή πνευμονία, όπου σε αρκετές περιπτώσεις οδηγεί ακόμα και στο θάνατο (Kliegman et al., 2007). Η θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες αγγίζει το 1-2% ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το 25% (Atkinson et al., 2011).

Κύριοι λόγοι ανεπαρκούς εμβολιαστικής κάλυψης αποτελούν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Bates & Wolinsky, 1998), η αντίληψη-εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων (Gust et al., 2004) (Jheeta

& Newell, 2008), το κόστος των εμβολίων-ιατρικών επισκέψεων, η ανεπαρκής ενημέρωση-πληροφόρηση (Τούντας, 2014) και οι φόβοι εμφάνισης παρενεργειών (E-child, 2012). Επιπλέον ο ελλιπής κρατικός συντονισμός σε θέματα προαγωγής υγείας και η ανεπαρκής προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας από τους Ρομά αποτελούν τροχοπέδη για την επίτευξη υψηλών επιπέδων ανοσοποίησης των τέκνων τους. Το 2013 ο τότε υπουργός Δικαιοσύνης είχε αναφερθεί στο στόχο της Ελληνικής κυβέρνησης περί πάταξης των διακρίσεων εις βάρος των Ρομά και της επίτευξης επαρκούς εκμετάλλευσης αντίστοιχων υγειονομικών προγραμμάτων ΕΣΠΑ (Τσέλιου και Τσόκα, 2014). Παρόλαυτα αξίζει να αναφερθεί, πως αν και αμφιλεγόμενο (Σπυρίδης, 1999), σε αντίθεση με άλλες χώρες (Manissero et al., 2008), στην Ελλάδα οι εμβολιασμοί διενεργούνται σύμφωνα με τις υποδείξεις του «Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών» σε παιδιά ηλικίας έως δεκατεσσάρων ετών.

Η επιλογή ως πεδίου έρευνας για τους παιδικούς εμβολιασμούς, μιας χώρας όπως η Ελλάδα, αλλά και τα συμπεράσματα που μπορούν να προκύψουν, κρίνονται ιδιαίζουσας σημασίας εξαιτίας της δυσμενούς κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης την οποία αντιμετωπίζει η χώρα. Η παρούσα εργασία διαχωρίζεται στο γενικό και ειδικό μέρος. Στο πρώτο μέρος αποτυπώνεται το πρόβλημα των ανισοτήτων στους παιδικούς εμβολιασμούς μέσω της θεωρητικής ανάλυσης του ζητήματος. Αναφέρονται οι παγκόσμιοι στόχοι και αποφάσεις ενάντια στις ανισότητες και γίνεται μία εν γένει αρθρογραφική ανασκόπηση, επικεντρωμένη στη διερεύνηση του προβλήματος. Επιπρόσθετα γίνεται θεωρητική προσέγγιση ως προς τις έννοιες των εμβολιασμών, της ανοσοποίησης και του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών.

Στο ειδικό μέρος δίνονται τα στοιχεία του δείγματος και του πληθυσμού της έρευνας, με αναφορά στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Περιγράφονται ο τρόπος σχηματισμού των ερευνητικών εργαλείων και ο λόγος επιλογής τους, παρουσιάζεται η στατιστική ανάλυση και αναφέρονται όλα τα μέτρα ηθικής και δεοντολογίας τα οποία ελήφθησαν. Εν συνεχεία λαμβάνει χώρα η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και επακολουθεί συζήτηση επικεντρωμένη στα ευρήματα που προέκυψαν, συγκρινόμενα με αντίστοιχες μελέτες. Τέλος αναφέρονται οι περιορισμοί της μελέτης και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Κεφάλαιο Πρώτο: Σκοπός της Έρευνας και Θεωρητική Προσέγγιση των Ανισοτήτων

1.1. Αποτύπωση του Προβλήματος των Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς

Οι εμβολιασμοί πολλών παιδιών στη σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζονται ως ελλιπείς και σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις απουσιάζουν παντελώς, με αποτέλεσμα ασθένειες που θα μπορούσαν να προληφθούν με τον εμβολιασμό, να εξακολουθούν να αποτελούν αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ειδικά σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα. Η ανοσοποίηση είναι μία από τις ασφαλέστερες και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις στο πεδίο της δημόσιας υγείας, αυξάνοντας τη συλλογική ανοσία του πληθυσμού (UNICEF, 2014). Σε μία ιδανική συνθήκη τα παιδιά θα έπρεπε να έχουν ίση πρόσβαση στα οφέλη των εμβολίων. Σε πολλές χώρες το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης ποικίλλει ανάλογα με διάφορους παράγοντες, όπως γεωγραφικούς, κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς και πιο συγκεκριμένα βάσει χαρακτηριστικών όπως η οικονομική κατάσταση του κάθε νοικοκυριού, η εκπαίδευση και ο τόπος διαμονής.

Παρόλο ότι ορισμένες χώρες έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες για τη μείωση των ανισοτήτων αυτών, υπάρχουν και άλλες οι οποίες δεν έχουν εστιάσει στο βαθμό που θα έπρεπε απέναντι σε αυτό το πρόβλημα. Γενικότερα από το 1970 και έπειτα, το χάσμα του επιπέδου της υγείας των διαφόρων κοινωνικών τάξεων διευρύνθηκε. Ενδεικτική είναι η περίπτωση των ΗΠΑ, όπου αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας, λόγω των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, την περίοδο από το 1964 έως το 1987-1988 (Braveman & Tarimo, 2002).

Οι τακτικές προσπάθειες παρακολούθησης και ανατροφοδότησης είναι δεδομένο πως μπορούν να βοηθήσουν προς την κατεύθυνση της επιβεβαίωσης ή μη, της επιτυχίας των προγραμμάτων και των πολιτικών υγείας, ως προς την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων για την πάταξη των ανισοτήτων. Ένα σημαντικό βήμα για την εξακρίβωση της ενδεχόμενης ύπαρξης κενών-παραλείψεων, αλλά και του σχεδιασμού στρατηγικών για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης

των μη εμβολιασμένων ή υπό-εμβολιασμένων παιδιών είναι ο προσδιορισμός του επιπέδου της ανισότητας στην ανοσοποίηση. Η επίτευξη αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω συγκριτικής αξιολόγησης, τόσο μεταξύ πληθυσμών εντός της ίδιας χώρας όσο και μεταξύ διαφορετικών χωρών (WHO, 2016).

Οι διεθνείς στρατηγικές έχουν επικεντρωθεί:

- Στην ανάλυση της παγκόσμιας κατάστασης των ανισοτήτων στην παιδική ανοσοποίηση, χρησιμοποιώντας αναλυτικά στοιχεία, αποσκοπώντας στην καταγραφή της μεταβολής των ανισοτήτων στην πάροδο του χρόνου.
- Στη σύγκριση των ανισοτήτων μεταξύ των χωρών, αναφέροντας τις καλύτερες και χειρότερες εξ' αυτών.
- Στον προσδιορισμό των χωρών που χρίζουν προτεραιότητας (εκείνες με ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ανισότητας) και της παρουσίασης μιας εκτεταμένης ανάλυσης ως προς την ύπαρξη ανισοτήτων σε αυτά τα περιβάλλοντα.

Επικεντρώνοντας στο κεφάλαιο της υγείας των Ρομά όλο και περισσότερο οι προσπάθειες για την πραγματοποίηση των εμβολιασμών κατά την παιδική τους ηλικία επαναπροσδιορίζονται, αποβλέποντας στη μείωση των ανισοτήτων. Η διεθνής έρευνα όμως εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ανεπαρκής και αποσπασματική, κυρίως λόγω των μείζονος σημασίας μεθοδολογικών δυσκολιών. Οι αξιόπιστες εκτιμήσεις σε εθνικό επίπεδο, σχετικά με το χαμηλό επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά και ο προσδιορισμός των αιτιών που την προκαλούν, θα μπορούσαν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στη χάραξη πολιτικών, με απώτερο στόχο την προώθηση του εμβολιασμού σε αυτή την περιθωριοποιημένη πληθυσμιακή ομάδα (Paramichail et al., 2016).

Η επικράτηση της κοινωνικής δικαιοσύνης σε όλες τις πληθυσμιακές τάξεις και χώρες, θεωρείται ως πρωταρχικός υπέρμαχος παράγοντας για την πάταξη των ανισοτήτων, με όλες τις υπόλοιπες παγκόσμιες πρωτοβουλίες για την προαγωγή της παιδικής ανοσοποίησης να έπονται. Όλες οι ημιτελείς προσπάθειες για την αποκατάσταση της ισότητας στους εμβολιασμούς επιβάλλεται να αποκτήσουν μία ολοκληρωμένη μορφή (WHO, 2016).

1.2. Σκοπός της Έρευνας & Ερευνητικά Ερωτήματα

Η διερεύνηση των ανισοτήτων ως προς την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών και της περιορισμένης πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας, είναι πολύ σημαντικό κεφάλαιο για την υγεία, δεδομένου ότι ο ανεπαρκής εμβολιασμός αποτελεί ίσως την βασικότερη αιτία για την εκδήλωση επιδημιών, αλλά και την επανεμφάνιση ασθενειών οι οποίες είχαν εκλείψει για πολλές δεκαετίες, ακόμα και σε ανεπτυγμένες χώρες (EIW, 2018). Επιπρόσθετα ο προσδιορισμός του επίπεδου της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη υγείας που προσδιορίζει όχι μόνο την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, αλλά γενικότερα το επίπεδο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Παπαμιχαήλ, 2018).

Οι μελέτες που έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση του επιπέδου της υγείας των Ρομά έχουν αντιμετωπίσει αντικειμενικές δυσκολίες, λόγω κυρίως μεθοδολογικών εμποδίων, όπως οι συνεχείς μετακινήσεις τους (loss to follow up) (Phillips et al., 2017). Ειδικότερα ως προς τα Ελληνόπουλα Ρομά, ο προσδιορισμός του επιπέδου των ανισοτήτων στους εμβολιασμούς τους αποτελεί ζήτημα το οποίο δεν έχει διερευνηθεί ικανοποιητικά, μέσω μελετών στην Ελλάδα.

Η διεξαγωγή της παρούσας διατριβής καθίσταται σημαντική λόγω των προαναφερθέντων ειδικών συνθηκών που υφίστανται γύρω από το συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο. Επιπλέον η πραγματοποίηση της μελέτης σε μία χώρα ταλανιζόμενη από τα μεγάλα οικονομικά της προβλήματα θα εξάγει ιδιαίζουσας σημασίας συμπεράσματα, για το κατά πόσο η οικονομική και κατ' επέκταση η κοινωνική κρίση έχει θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στους παιδικούς εμβολιασμούς.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των υγειονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων που αντιμετωπίζουν οι Ρομά, ως προς τους παιδικούς εμβολιασμούς, όπως επίσης και η εκτίμηση των ποσοστών εμβολιασμών (βάσει των συστάσεων του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών) μεταξύ των Ελληνόπουλων και των Ελληνόπουλων Ρομά, στην ευρύτερη περιοχή της νοτιοδυτικής Ελλάδας.

Το εμπειρικό μέρος της έρευνας, ως προς την απάντηση των ερωτημάτων στηρίζεται σε πρωτογενή δεδομένα συλλεχθέντα μέσω ερωτηματολογίων, αλλά και ατομικών στοιχείων του επιλεγμένου δείγματος παιδιών, προερχόμενα από το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού». Τα συλλεχθέντα

δεδομένα λαμβάνονται από υγειονομικές δομές του Δημόσιου Τομέα, αλλά και ιατρεία ιδιωτών ιατρών. Το δε θεωρητικό σκέλος της διατριβής χρησιμοποιεί δευτερογενείς πηγές, μέσω βιβλιογραφικής - αρθρογραφικής ανασκόπησης.

Η μελέτη επικεντρώνεται στα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Υπάρχει διαφορά στα ποσοστά εμβολιασμών μεταξύ των δύο υπό εξέταση ομάδων και ποια είναι αυτά τα ποσοστά (θα γίνει σύγκριση των στατιστικών αυτών);
- β) Η διαφορά αυτή είναι σημαντική, ώστε να προκύπτουν ανισότητες;
- γ) Εφόσον υπάρχει διαφορά στα ποσοστά των εμβολιασμών, ποιοι είναι οι παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν στην ύπαρξη των ανισοτήτων αυτών;

Ο προσδιορισμός των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων οι οποίες αποτελούν τροχοπέδη ενάντια στα υψηλά επιθυμητά επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης των Ρομά, αλλά και η διαπίστωση των συνεπειών με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα τα μη εμβολιασμένα παιδιά, θα μπορούσαν να αποτελέσουν τους πυλώνες για την υιοθέτηση υγειονομικών πολιτικών, εξασφαλίζοντας ισοτιμία στην υγεία για όλα τα παιδιά. Άρτια σχεδιασμένα εμβολιαστικά προγράμματα απευθυνόμενα σε ειδικές και αποκλεισμένες πληθυσμιακές ομάδες θα μπορούσαν να συνδράμουν στην ομαλότερη κοινωνική τους ενσωμάτωση (EIW, 2018).

1.3. Ιστορική Αναδρομή Ανισοτήτων και των Μεθόδων Προσδιορισμού τους

Σύμφωνα με τους Dyson και Moore (1983) οι ανισότητες ως προς τους εμβολιασμούς εντοπίζονται βάσει επίσημων στοιχείων, από τη δεκαετία του 1960, υπό τη μορφή διαφόρων συνθηκών. Εκτός από τις ανισότητες προκαλούμενες από εξωτερικούς παράγοντες, αξίζει να σημειωθεί πως έχουν εντοπισθεί ανισότητες ακόμα και χάριν ενδοοικογενειακών προτιμήσεων. Μία τέτοια χαρακτηριστική περίπτωση αποτέλεσε η διαχρονική προτίμηση των γονέων υπέρ των αγοριών, με αποτέλεσμα την παραμέληση της εξασφάλισης της καλής υγείας και του εμβολιασμού των κοριτσιών. Τέτοια συνθήκη αποτέλεσαν τα κορίτσια στην Ινδία, όπου είχαν 40% υψηλότερο επίπεδο «κινδύνου κακής υγείας» συγκριτικά με τα αγόρια (Fikree & Pasha, 2004).

Με την πάροδο των ετών τα προγράμματα ανοσοποίησης αποτέλεσαν έναν αξιόπιστο δείκτη προσδιορισμού του βαθμού της ισότιμης πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αλλά και της ποιότητας αυτών. Τα προγράμματα αυτά διαχρονικά καθοδηγούνταν από τη συλλογή δεδομένων μεταξύ διάφορων χωρών, αλλά και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων, εντός της ίδιας χώρας. Ενδεικτικά, το 1990 η θνησιμότητα των παιδιών της υπο-Σαχάριας Αφρικής ήταν είκοσι φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτή των παιδιών των εκβιομηχανισμένων χωρών, ένας δείκτης ο οποίος αυξήθηκε σε είκοσι εννέα φορές για το 2000. Από το 1999 έως το 2005 εκτιμάται ότι η ανοσοποίηση συνετέλεσε στην αποφυγή περίπου 7,5 εκατομμυρίων θανάτων από ιλαρά στην Αφρική (Black et al., 2003).

Ανατρέχοντας στις αρχές της δεκαετίας του 1970 τα προγράμματα ανοσοποίησης αποτελούσαν τέτοιο παράδειγμα εφαρμογής μεθόδων προσδιορισμού των ανισοτήτων, στηριζόμενα σε συλλεχθέντα δεδομένα μέσω μελετών. Τη δεκαετία του 1980 οι έρευνες οι οποίες βασίζονταν σε δεδομένα πληθυσμιακής κάλυψης, οι επονομαζόμενες έρευνες δειγμάτων συστάδων - EPI 30 (Expanded Program on Immunization), υιοθετήθηκαν με σκοπό να συγκεντρωθούν στοιχεία για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ανοσοποίησης των νοικοκυριών. Ταυτόχρονα, τα προγράμματα ανοσοποίησης τυποποίησαν τη συλλογή δεδομένων από δομές υγείας, συμπεριλαμβάνοντας τακτικές αναφορές εμβολιασμών, αλλά και συνεχών αξιολογήσεων ανατροφοδότησης που παρείχαν οι υγειονομικές δομές, προκειμένου να ελέγξουν την ισότιμη διαθεσιμότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη δεκαετία του 1990, τα προγράμματα εμβολιασμών ήταν τα πρώτα, από το σύνολο των προγραμμάτων υγείας που επικεντρώθηκαν σε υπολογισμούς επιπέδου υποεθνικών δεδομένων πληθυσμιακής κάλυψης, βασιζόμενα σε αναφορές ρουτίνας, στο πλαίσιο της στοχευμένης στρατηγικής ανάλυσης της κάθε περιοχής μεμονωμένα (UNICEF 2007).

Ανατρέχοντας στην περίοδο του ‘Αναπτυξιακού Στόχου Χιλιετίας’ (ΑΧΣ, 2000-2015) οι προσπάθειες ανοσοποίησης κατά την παιδική ηλικία συνέβαλαν στη συνολική βελτίωση των δεικτών υγείας, κυρίως σε χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων. Αυτό επετεύχθη μέσω φιλόδοξων ενεργειών παγκόσμιας κλίμακας, δημιουργώντας τις συνθήκες για συντονισμένες προσπάθειες επέκτασης της παιδικής ανοσοποίησης ενάντια στην παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Γίνεται αντιληπτό πως η παγκόσμια κοινότητα υγείας επεδίωξε να αναβιώσει το πνεύμα των επιτυχιών της εμβολιαστικής κάλυψης της δεκαετίας του 1980 και να υπερκεράσει την αίσθηση στασιμότητας που παρατηρήθηκε κατά τη δεκαετία του 1990.

Κατά το ίδιο διάστημα οι πρωτοβουλίες για την προαγωγή της παιδικής ανοσοποίησης έγιναν περισσότερο δημοφιλής, συγκεντρώνοντας το παγκόσμιο ενδιαφέρον και δημιουργώντας νέα προγράμματα, με ταυτόχρονη βέβαια εξασφάλιση μεγαλύτερης χρηματοδότησης. Οι κύριοι παγκόσμιοι οργανισμοί που συμμετείχαν στις προσπάθειες μείωσης των ανισοτήτων στην παιδική ανοσοποίηση ήταν: το Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), η Συμμαχία Εμβολίων (Gavi) και τα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών. Ενδεικτικά, το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των 5 ετών μειώθηκε από 90 σε 43 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις για την περίοδο από το 1990 έως το 2015. Επί του συνόλου, ουσιαστικά η βελτίωση του δείκτη αυτού επέφερε 6 εκατομμύρια λιγότερους θανάτους παιδιών κάτω των 5 ετών στις αναπτυσσόμενες χώρες (WHO, 2016).

Αξίζει να σημειωθεί πως οι κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες ως προς την ανοσοποιητική κάλυψη των παιδιών έχουν λάβει διαχρονικά λιγότερη προσοχή συγκριτικά με τους αντίστοιχους γεωγραφικούς, γεγονός το οποίο πιθανόν να υποδεικνύει το πεδίο στο οποίο θα πρέπει να στραφεί η έρευνα στο μέλλον (WHO, 2016).

1.4. Βασικοί Ορισμοί & Θεωρητική Προσέγγιση της Ανισότητας στην Υγεία

Ο όρος «ανισότητα» αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα ζητήματα στην ακαδημαϊκή έρευνα. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται να γίνεται η χρήση των όρων, «inequity» και «inequality», δημιουργώντας σύγχυση ως προς την ακριβή μετάφραση τους. Σύμφωνα με τον WHO (2016) ο όρος inequality (ανισότητα) υποδεικνύει ότι οι ανισότητες είναι οι μετρήσιμες διαφορές μεταξύ ατόμων ή συγκεκριμένων ομάδων ατόμων, ενώ ο όρος inequity (αδικία) υφίσταται όταν μία κατάσταση ανισότητας θεωρείται πως είναι αδικαιολόγητη ή άδικη. Αποβλέποντας στην αποσαφήνιση του όρου της ανισότητας στην υγεία και κατ' επέκταση και στους εμβολιασμούς, έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί όπως αυτός του Kawachi (2002), ο οποίος αναφέρει ως ανισότητα «τη μη ωφέλεια κάποιων ατόμων ή ομάδων από τα επιτεύγματα της ιατρικής». Ένας ακόμα ορισμός έχει δοθεί από τον Whitehead (2007), ο οποίος χαρακτηρίζει ως ανισότητες όλες εκείνες τις αρνητικές διαφοροποιήσεις που υφίστανται μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων ως προς το αγαθό υγεία.

Σύμφωνα με τους Whitehead & Dahlgren (2006) οι ανισότητες στην υγεία περικλείουν και παρουσιάζουν τρία διακριτά χαρακτηριστικά:

- i) Συστηματικότητα – σύμφωνα με αυτό το χαρακτηριστικό οι ανισότητες δεν αποτελούν μεμονωμένα και τυχαία συμβάντα, αλλά επαναλαμβανόμενες και μόνιμες συνθήκες οι οποίες πλήττουν ξεκάθαρα τις ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις των πολιτών.
- ii) Αδικία – Σύμφωνα με τους Evans et al. (2001) οποιαδήποτε διαφορά ενάντια στην έννοια της δικαιοσύνης θεωρείται άδικη ή αθέμιτη, συνιστώντας ανισότητα. Η Διακήρυξη της Alma Ata (1978) αναφέρει πως είναι κοινωνικά απαράδεκτη η τεράστια ανισότητα που αφορά την υγεία των πληθυσμών, ιδιαίτερα μεταξύ αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών, αλλά και μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων.
- iii) Κοινωνικά παραγόμενη ενέργεια - Οι ίδιες οι κοινωνικές δομές δημιουργούν πλήθος ανισοτήτων στην υγεία. Εφόσον οι διαφορές είναι κοινωνικά παραγόμενες, σαφώς και μπορούν να υποβληθούν σε διαδικασίες για τη βελτίωση τους, με σκοπό την επικράτηση της ισοτιμίας στην υγεία (Μουσιδου, 2017).

Ο Whitehead (1992) ταξινομεί τις ανισότητες σε δύο κύριες κατηγορίες:

Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στις ανισότητες οι οποίες συνδέονται με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και αποτυπώνονται μέσω δεικτών, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα.

Η δεύτερη κατηγορία ανισοτήτων σχετίζεται με την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, αποτυπώνοντας τις μεταβολές στην προσφορά και ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, μέσω δεικτών που προσδιορίζουν την ποσοτική και ποιοτική επάρκεια των εισροών και εκροών.

Το μέγεθος αυτών των ανισοτήτων, όπως επίσης και το ποιες από αυτές θα μπορούσαν να αποφευχθούν, διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των διαφόρων κρατών, αλλά και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Οι μεγάλες αυτές διακυμάνσεις και η απουσία ευέλικτων και σφαιρικών πολιτικών από τους αρμόδιους φορείς είναι υπεύθυνες για τη διαρκή αποτυχία των προσπαθειών που έχουν καταβληθεί, ως προς την αντιμετώπιση των ανισοτήτων. Η παρακολούθηση, η μελέτη και ο περιορισμός της εξέλιξης των υγειονομικών ανισοτήτων μπορεί δυνητικά να αποτελέσει τη συνθήκη για τη συνολική κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας (Μουσιδου, 2017).

Κεφάλαιο Δεύτερο: Ανισότητες Στους Παιδικούς Εμβολιασμούς

2.1. Ανισότητες & Μελέτες Διερεύνησης

2.1.1. Στόχοι και Παγκόσμιες Αποφάσεις Ενάντια στις Ανισότητες των Εμβολιασμών – Μέτρα Άμβλυνσης Ανισοτήτων

Οι παγκόσμιες πρωτοβουλίες που αποβλέπουν στην επέκταση της εμβολιαστικής κάλυψης σε όλα τα παιδιά έχουν αυξηθεί σημαντικά σε αριθμό και ένταση, καθοδηγούμενες από την επιδίωξη για υψηλά επίπεδα ασφάλειας και θωράκισης της δημόσιας υγείας (WHO, 2016). Αποσκοπώντας στην αύξηση του επιπέδου της παγκόσμιας εμβολιαστικής κάλυψης και της πάταξης των ανισοτήτων, ιδιαιτέρως για τις ομάδες αυξημένου κινδύνου, ο ΠΟΥ μετά το 1974 υιοθέτησε την εφαρμογή του Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμού (EPI). Ενδεικτικό της επιτυχίας του προγράμματος αποτέλεσε το γεγονός ότι το 2015 η παγκόσμια εμβολιαστική κάλυψη για τις τρεις δόσεις του εμβολίου DTP ανήλθε σε 86% από 20% που ήταν το 1980 (Παπαμιχαήλ, 2018).

Με στόχο την προάσπιση της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στα εμβολιαστικά προγράμματα έως το 2020, ο ΠΟΥ το 2012 συνέταξε διεθνούς κλίμακας σχέδιο για τους εμβολιασμούς (WHO, Global Vaccine Action Plan). Οι στόχοι που τέθηκαν για τη βελτίωση του επιπέδου της παγκόσμιας εμβολιαστικής κάλυψης, για το διάστημα 2011–2020 ήταν:

- Διακοπή της μετάδοσης του άγριου τύπου του ιού της πολιομυελίτιδας παγκοσμίως.
- Εξάλειψη του νεογνικού τετάνου.
- Εξάλειψη της ιλαράς.
- Εξάλειψη της ερυθράς και του συνδρόμου συγγενούς ερυθράς.
- Εκρίζωση της πολιομυελίτιδας.
- Επίτευξη εμβολιαστικής κάλυψης 80% σε κάθε γεωγραφική διοικητική περιφέρεια και 90% σε εθνικό επίπεδο για όλα τα εμβόλια των Εθνικών Προγραμμάτων Εμβολιασμών έως το 2020 (πλην των περιπτώσεων που συστήνεται εναλλακτικό σχέδιο).

- Συγχώνευση των παρεμβάσεων φροντίδας υγείας και των δράσεων εμβολιασμού.
- Χρήση νέων-βελτιωμένων εμβολίων και τεχνολογιών που σχετίζονται με τους εμβολιασμούς.
- Μείωση της θνησιμότητας στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών (Παπαμιχαήλ, 2018).

Ένας επιπρόσθετος στόχος που τέθηκε για την περίοδο 2000-2015 ήταν αυτός του Αναπτυξιακού Στόχου της Χιλιετίας (ΑΣΧ) με σκοπό την επίτευξη υψηλών επιπέδων ανοσοποίησης κατά της ιλαράς (United Nations, 2001). Τον Μάιο του 2013 τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και η Κομισιόν αποσκοπώντας στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην Υγεία και τους εμβολιασμούς κατέληξαν στην «Απόφαση για τις Σοβαρές Διασυννοριακές Απειλές για την Υγεία» (COM, 2013). Η συγκεκριμένη απόφαση απέβλεπε στη διασφάλιση πως όλοι οι Ευρωπαίοι πολίτες θα προστατεύονται εξίσου από σοβαρές απειλές ενάντιες στην υγεία τους, καθιστώντας εφικτό στα κράτη μέλη να αγοράζουν μαζικά τα εμβόλια που χρειάζονται για την καταπολέμηση των λοιμώξεων.

Όσον αφορά τη χώρα μας, από τον Μάρτιο του 2016 οργανώθηκαν εμβολιασμοί για δέκα νοσήματα με τη μορφή μαζικού εμβολιασμού στα παιδιά των μεταναστών που διαμένουν σε χώρους φιλοξενίας προσφύγων, σύμφωνα και με την γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών. Κατόπιν της έξαρσης κρουσμάτων ιλαράς, όπου επανεμφανίστηκε σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας το 2016-2017, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις εκκίνησαν την πραγματοποίηση εμβολιασμών στους παιδικούς πληθυσμούς των μεταναστών και των Ρομά με το εμβόλιο MMR, αποβλέποντας στη βελτίωση του επιπέδου ανοσοποίησης (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2018).

Η ατζέντα του 2030 (2015-2030) για την αειφόρο ανάπτυξη προσπαθεί να μην αφήσει κανέναν εκτός, με το παγκόσμιο κίνημα που στοχεύει στην οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική ανάπτυξη να έχει ως γνώμονα για κάθε ενέργεια του την αρχή της ισότητας. Η επικέντρωση στην ισότητα δηλώνει πως τα οφέλη από την ανάπτυξη πρέπει να συμπεριλαμβάνουν όλους, με ιδιαίτερη έμφαση τη βελτίωση της κατάστασης των ευάλωτων πληθυσμών. Ο προσανατολισμός στην ισότητα είναι εμφανής σε ολόκληρη την ατζέντα μέσω των 17 επιδιώξεων για τη βιώσιμη ανάπτυξη (SDGs) και των 169 στόχων που περιλαμβάνει. Ενδεικτικά ο στόχος υπ' αριθμ. 10 απαιτεί μείωση των ανισοτήτων εντός, αλλά και μεταξύ των χωρών, καθώς η ανισότητα μεταξύ τους είναι μια έννοια που υποδεικνύει μετρήσιμες διαφορές, βάσει εθνικών μέσων όρων, καθιστώντας εφικτή τη σύγκριση σε παγκόσμια κλίμακα. Επιπρόσθετα η ανισότητα στο εσωτερικό μιας χώρας αναφέρεται σε μετρήσιμες διαφορές που εντοπίζονται σε εθνικό επίπεδο, μεταξύ υποομάδων του πληθυσμού.

Η ατζέντα επικεντρωμένη στην υγεία των πολιτών αναδεικνύει την ισότητα σε κεντρικό της στοιχείο, μέσω ενός ακόμα στόχου, του υπ' αριθμ. 3 ο οποίος αναφέρει πως η υγιεινή ζωή πρέπει να εξασφαλίζεται σε όλους και για όλες τις ηλικίες (Hosseinpoor et al., 2016). Ο στόχος 3.8 περί επίτευξης καθολικής υγειονομικής κάλυψης βασίζεται στην αρχή πως όλοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, φάρμακα και εμβόλια. Επίσης ο στόχος 3.β υπογραμμίζει τη σημασία της περαιτέρω διασφάλισης ότι τα εμβόλια και τα φάρμακα θα πρέπει να παρέχονται σε όλους δίχως διακρίσεις (WHO, 2016).

Γενικότερα και βάσει στοιχείων διάφορων μελετών, σε περιπτώσεις εντοπισμού συνθηκών χαμηλών επιπέδων εμβολιαστικής κάλυψης σε παγκόσμιο επίπεδο, επακολουθεί ενεργοποίηση ειδικών προγραμμάτων εμβολιασμών όπως: εμβολιασμοί από πόρτα σε πόρτα (morping up vaccinations), εθνικές ημέρες εμβολιασμών (National Immunization Days – NID's), μαζικοί εμβολιασμοί (mass vaccinations), εμβολιασμοί «προηγούμενων γενεών» (catch up vaccinations), εμβολιασμοί σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Αναγνωστοπούλου, 2017).

Παρότι οι αιτίες των παιδικών θανάτων μπορεί να είναι διαφορετικές μεταξύ των χωρών, απαιτώντας ειδικές παρεμβάσεις (Liu et al., 2015), είναι σημαντικό να αναφερθεί πως από το 1990 τα βελτιωμένα ποσοστά εμβολιασμών έχουν αδιαμφισβήτητα αναδειχθεί σε πρωταρχικό παράγοντα ενάντια στα υψηλά επίπεδα της παιδικής θνησιμότητας (Bryce et al., 2005). Παρά ταύτα όμως 1,5 εκατομμύρια παιδιά εξακολουθούν να πεθαίνουν κάθε έτος από ασθένειες που θα μπορούσαν να προληφθούν εάν προηγουμένως αντιμετωπιζόνταν με πιο δυναμικό τρόπο οι ανισότητες στους εμβολιασμούς (COM, 2013).

2.1.2. Αιτίες Ανισοτήτων στους Εμβολιασμούς του Γενικού Πληθυσμού Διεθνώς και στην Ελλάδα

Οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η ύπαρξη των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι πολύπλοκοι και πολυδιάστατοι, όπως επαγγελματικοί, ψυχοκοινωνικοί, συμπεριφορικοί, αλλά και υλικής φύσεως (Aldabe et al., 2011). Πλήθος ερευνών έχουν αποφανθεί πως στις περισσότερες περιπτώσεις οι υγειονομικές ανισότητες δεν οφείλονται σε περιορισμούς στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, αλλά σε κοινωνικοοικονομικές και φυλετικές-εθνοτικές διαφορές και στην πρόσβαση στην προληπτική φροντίδα (House, 2002).

Η παγκόσμια βιβλιογραφία βρίθει αναφορών που αναφέρονται στις αιτίες που ευθύνονται για το χαμηλό εμβολιαστικό επίπεδο του γενικού πληθυσμού. Αρκετές συστηματικές ανασκοπήσεις καταλήγουν πως οι σημαντικότεροι λόγοι που λειτουργούν ως τροχοπέδη ενάντια στους εμβολιασμούς είναι οι πρακτικές δυσκολίες, η κακή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και η ανεπάρκεια των Εθνικών Προγραμμάτων Εμβολιασμών (Smith et al., 2017).

Στη μελέτη του ο Ataguba και συν. (2016) που έλαβε χώρα στη Νιγηρία εντόπισε αρκετούς παράγοντες ενοχοποιημένους για την ύπαρξη ανισοτήτων. Παράγοντες όπως η περιοχή, ο τόπος κατοικίας, η πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, η παιδεία της μητέρας και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του παιδιού εξηγούσαν τις ανισότητες στην εμβολιαστική κάλυψη. Τα παιδιά πλουσιότερων νοικοκυριών, κυρίως από αστικές περιοχές και πλουσιότερες γεωπολιτικές ζώνες στη Νιγηρία είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι πλήρως ανοσοποιημένα σε σύγκριση με παιδιά άλλων κοινωνικοοικονομικών ομάδων, τα οποία ήταν είτε εν μέρει είτε καθόλου ανοσοποιημένα.

Έρευνα που διεξήχθη στην Ινδία το 2017 σε παιδιά ηλικίας 12 έως 23 μηνών, απεφάνθη πως η πλειάδα των εμβολιαστικών ανισοτήτων οφείλεται στην οικονομική διαφοροποίηση του κάθε νοικοκυριού. Επίσης ως αιτίες ανισοτήτων προσδιορίστηκαν τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, καθώς και οι θρησκευτικές και ιδεολογικές αντιλήψεις. Άμεση συνέπεια αυτών των συνθηκών ήταν τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ένα μεγάλο ποσοστό νηπίων και παιδιών. Η μαθησιακή στέρηση και ο υποσιτισμός φάνηκε να επηρεάζει άμεσα την κατάσταση υγείας των μητέρων με άμεσο τον αντίκτυπο στα νεογέννητα τους. Σημαντικό ποσοστό των μητέρων και των παιδιών τους από τις μειονεκτούσες ομάδες εξακολουθούσαν να μαστίζονται και να πεθαίνουν από τον υποσιτισμό, τις επιπλοκές συνδεδεμένες με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και από τις λοιμώξεις που θα μπορούσαν να προληφθούν μέσω των εμβολιασμών. Το ποσοστό πλήρους εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων ανέρχεται σε 74%, ενώ αυτό των φτωχότερων νοικοκυριών σε 25%. Καταδεικνύεται λοιπόν πως τα παιδιά ευάλωτων ομάδων έχουν ξεκάθαρα υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας συγκριτικά με τα παιδιά των προνομιούχων ομάδων. (Subhash, 2017).

Όσον αφορά τη χώρα της Ελλάδας τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών συνηγορούν πως επί το πλείστον οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι αυτοί που καθορίζουν το τελικό ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών. Ομάδες πληθυσμών που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες,

όπως οι Ρομά, άτομα με ιδιαίτερες θρησκευτικές πεποιθήσεις και αυτοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως της μεγάλης απόστασης από τα εμβολιαστικά κέντρα έχουν πολλές πιθανότητες στο να καταγράψουν υψηλά επίπεδα μη εμβολιασμένων παιδιών (Μιχαλοπούλου, 2018).

Τα πορίσματα της εθνικής έρευνας για την εμβολιαστική κάλυψη στην Ελλάδα το 2012, κατέδειξαν πολλούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και διαρθρωτικά εμπόδια ως καθοριστικές αιτίες για τα χαμηλά επίπεδα εμβολιασμού, με κυριότερα την απουσία σταθερής και συντονισμένης λειτουργίας ιατρικών εμβολιασμών πλησίον ή μέσα σε κάθε οικισμό και τη μη συνεχή παροχή και διάθεση εμβολίων. Σημαντικά αρνητικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και εν μέσω οικονομικής κρίσης, το μη ευέλικτο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, το οποίο θα πρέπει να συνταχθεί με τις αρχές της «ιατρικής βάσει τεκμηρίωσης» και των επιδημιολογικών δεδομένων της Ελλάδας, στοχεύοντας στην κάλυψη >95% των παιδιών της χώρας με τα βασικά εμβόλια (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013).

Ως υπέρμαχοι παράγοντες για τη συστράτευση με τις υποδείξεις του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού θεωρούνται η αυξημένη ηλικία των γονέων και ιδιαίτερα αυτή της μητέρας (Parazoglou et al., 2013), το υψηλό μορφωτικό επίπεδο (κυρίως του πατέρα) και το επάγγελμα των γονέων (όπως επαγγελματίες υγείας, δημόσιοι υπάλληλοι). Σε αντιδιαστολή όμως στη μελέτη τους οι Pανlorouλου et al. (2013) ανέδειξαν ότι όσο πιο υψηλό ήταν το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τόσο πιο πολλές ήταν οι πιθανότητες αρνητικής στάσης έναντι των εμβολιασμών.

Αν και στο γενικό πληθυσμό οι αντιλήψεις των γονέων φαίνεται να ασκούν δευτερεύουσα επίδραση ως προς το ύψος της εμβολιαστικής κάλυψης, υπάρχει ένα αξιολόγο ποσοστό γονέων στην Ελλάδα το οποίο αρχίζει να έχει επιφυλάξεις ως προς την αποτελεσματικότητα, αλλά και τις παρενέργειες των εμβολίων (Παπαμιχαήλ και συν., 2013). Παράγοντας λοιπόν μειωμένων επιπέδων εμβολιασμών είναι και η πηγή προέλευσης της ενημέρωσης και της πληροφόρησης για τους εμβολιασμούς. Όσοι γονείς είχαν τη δυνατότητα και την ευχέρεια να ενημερωθούν από τους παιδίατρος απέκτησαν ποιοτικότερη πληροφόρηση και δημιούργησαν θετικότερη στάση έναντι των εμβολιασμών σε σχέση με γονείς που η ενημέρωσή τους λαμβανόταν από το διαδίκτυο και τα ΜΜΕ. Βέβαια από τη μη ποιοτική πληροφόρηση των γονέων απορρέουν συνέπειες, όπως η υποεκτίμηση της σοβαρότητας των νόσων που μπορούν να προληφθούν από τα εμβόλια, με τους γονείς να αποδέχονται τη φυσική νόσηση ως προτιμότερη. Σημαντικό ρόλο στην προτίμηση τους αυτή φαίνεται να διαδραματίζει και το ζήτημα της δυσπιστία για τα εμβόλια, λόγω της πιθανής εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (Μιχαλοπούλου, 2018). Επίσης οι πολύτεκνες οικογένειες

έχουν συνδεθεί με καταστάσεις ανεπαρκών εμβολιασμών των παιδιών τους, σε σχέση πάντα με τα όσα συστήνει το ΕΠΕ, με κυριότερες αιτίες τις αυξημένες υποχρεώσεις της μητέρας και τη μείωση του χρόνου και των χρημάτων που μπορεί να αφιερώσει σε κάθε παιδί της (Danis et al., 2010).

2.1.3. Μέθοδοι και Δείκτες Εκτίμησης Ανισοτήτων στους Εμβολιασμούς

Ο πολυσύνθετος δείκτης της εμβολιαστικής κάλυψης αποτελεί ένα διεθνώς χρησιμοποιούμενο μέσο αξιολόγησης των αναγκών εμβολιασμού των πληθυσμών, του επιπέδου θωράκισης της κοινότητας, του προσδιορισμού της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εμβολιασμών, της εκτίμησης για την πρόσβαση ενός πληθυσμού στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και γενικότερα για τον εντοπισμό ανισοτήτων στους εμβολιασμούς (Cutts et al., 2016).

Το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης αναφέρεται στο λόγο του αριθμού των εμβολιασμένων ατόμων ενός συγκεκριμένου πληθυσμού προς το σύνολο των ατόμων αυτού του πληθυσμού για τα οποία προτείνεται ο εμβολιασμός (πληθυσμός αναφοράς). Πρόκειται για ένα δύσκολο υπολογίσιμο δείκτη ως προς την ακρίβεια του, δεδομένου ότι για τον προσδιορισμό του υφίστανται πολλές πρακτικές δυσκολίες και μεθοδολογικοί περιορισμοί (Βανταράκη, 2017).

Ο προσδιορισμός του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης για έναν πληθυσμό είναι ιδιαίτερα σημαντικός από την οπτική της δημόσιας υγείας, καθώς όχι μόνο παρουσιάζει στοιχεία για το συνολικό βαθμό ανοσίας του πληθυσμού, αλλά αναδεικνύει και τις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και γεωγραφικές περιοχές με χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης για τις οποίες θα πρέπει να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν συγκεκριμένες στρατηγικές (Lopalco PL, Carrillo Santistevne, 2014).

Η καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού μιας χώρας αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν καταγράφεται σε εθνικό επίπεδο. Η εμβολιαστική κάλυψη ενός πληθυσμού συνιστά ένα δείκτη επάρκειας ή μη, των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, των μεθόδων ενημέρωσης του κοινού (American Academy of Pediatrics, 2010) και της αξιολόγησης των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως προς τον εμβολιασμό ευπαθών και μειονοτικών ομάδων (ενίοτε και του γενικού πληθυσμού) (Μπαμπάτσικου και συν., 2010). Βέβαια είναι αναγκαία η επικαιροποίηση της εικόνας των εμβολιασμών και μέσω τοπικών μελετών, καταγράφοντας

δεδομένα ομάδων (λ.χ αλλοδαποί) (American Academy of Pediatrics, 2005) για την καλύτερη κατανόηση των αιτιών που συντείνουν στην ελλιπή παιδική ανοσοποίηση.

Κάθε κράτος, βάσει του επιπέδου διοίκησης-οργάνωσης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών του και της οικονομικής του κατάστασης χρησιμοποιεί διαφορετικές μεθόδους για τον υπολογισμό του επιπέδου των εμβολιασμών.

Οι επικρατέστερες εξ' αυτών είναι:

◆ Μέσω πληθυσμιακών μελετών εμβολιαστικής κάλυψης σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες ή μεταγενέστερα της εφαρμογής ειδικών εμβολιαστικών προγραμμάτων. Πολλές χώρες διεξάγουν τέτοιου είδους μελέτες εμβολιαστικής κάλυψης κάθε 3 με 5 έτη. Επίσης διενεργούνται και πληθυσμιακές οροεπιδημιολογικές μελέτες προσδιορισμού της ανοσιακής κατάστασης του πληθυσμού για ένα ή και παραπάνω λοιμώδη νοσήματα, οι οποίες όμως είναι αρκετά κοστοβόρες.

◆ Μέσω της διοικητικής μεθόδου, όπου με σχετικά χαμηλό κόστος καταγράφεται ο αριθμός εμβολιασμών που διεξήχθησαν από τους αρμόδιους φορείς. Αξίζει να αναφερθεί πως οι εκτιμήσεις της εμβολιαστικής κάλυψης βάσει της διοικητικής μεθόδου μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να χαρακτηρίζονται από περιορισμένη αξιοπιστία (Παπαμιχαήλ, 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποδέχεται ως υψηλό επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης για τα παιδιά, μόνο τις περιπτώσεις όπου απαντώνται υψηλότατα ποσοστά πλήρως εμβολιασμένων παιδιών (>95%) με έγκαιρες δόσεις όλων των βασικών εμβολίων, έως και το 2ο έτος της ηλικίας τους. Το εκτεταμένο αυτό πρόγραμμα ανοσοποίησης υιοθετήθηκε από τον ΠΟΥ το 1974, ώστε να διασφαλιστεί η καθολική πρόσβαση στα εμβόλια ρουτίνας από όλα τα παιδιά (WHO, 2010).

Ως έμμεσος δείκτης μέτρησης της υψηλής προσβασιμότητας στα προγράμματα εμβολιασμών θα μπορούσε να χαρακτηριστεί αυτός της μειωμένης ύπαρξης εστιών λοιμωδών νοσημάτων, εξασφαλίζοντας υψηλό ποσοστό συλλογικής ανοσίας, έλεγχο των νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό και πρόληψης ενάντια στην εμφάνιση επιδημιών (Βανταράκη, 2017).

Είναι αξιοσημείωτο πως αρκετές μελέτες που έχουν εξετάσει τις συνέπειες του δείκτη της εισοδηματικής ανισότητας στην υγεία έχουν κεντρίσει το διεθνές ενδιαφέρον. Γενικότερα, τα πορίσματα που αναφέρονται στις συνέπειες αυτές διαφέρουν μεταξύ των χωρών, με χώρες όμως όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Βραζιλία και η Βρετανία να επιβεβαιώνουν τη θετική σχέση μεταξύ εισοδηματικών κριτηρίων και υγείας (Geyer & Peter, 2000).

2.1.4. Μελέτες Διερεύνησης Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς Διεθνώς

Ο προσδιορισμός του επιπέδου της παιδικής εμβολιαστικής κάλυψης στις περισσότερες χώρες γίνεται μέσω μελετών και εκτιμήσεων σε εθνικό επίπεδο, αποσκοπώντας στον καθορισμό και την περιοδική αναπροσαρμογή των εμβολιαστικών στρατηγικών. Μέσω των μελετών αυτών παρέχονται στους φορείς της δημόσιας υγείας στοιχεία για τον εντοπισμό ανεπαρκειών και ανισοτήτων και ιδιαίτερα όσον αφορά τις ευπαθείς ομάδες (Lopalco PL, Carrillo Santistevé, 2014). Η εκτίμηση του επιπέδου της ανοσοποίησης σε αρκετές αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες γίνεται μέσω μεγάλης κλίμακας πληθυσμιακών μελετών για τα νοικοκυριά, όπως είναι η Multiple Indicator Cluster Survey της UNICEF (UNICEF, 2018).

Μελέτη εθνικού επιπέδου από το 1994 αποτελεί η Εθνική Μελέτη Εμβολιασμού (National Immunization Survey) στις ΗΠΑ, όπου συλλέγονται ετησίως στοιχεία για το επίπεδο ανοσοποίησης των παιδιών ηλικίας 19 έως 35 μηνών. Τα δεδομένα συλλέγονται μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, με τυχαιοποιημένο δείγμα παιδιών και όλες οι πληροφορίες σχετικά με τον εμβολιασμό παρέχονται από τους ιατρούς των παιδιών. Με σκοπό τη διερεύνηση των δυνητικών ανισοτήτων στους παιδικούς εμβολιασμούς στις αναπτυσσόμενες χώρες ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει από το 1978 μια προτεινόμενη μεθοδολογία για τη διεξαγωγή μελετών εμβολιαστικής κάλυψης, την γνωστή ως EPI (Immunization Coverage Cluster Survey) (WHO, 2005). Για τη μέτρηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού χρησιμοποιούνται διεθνώς το Demographic and Health Surveys (DHS) Program, η μεθοδολογία Lot Quality Assurance (LQA), το Κεντρικό Πληροφοριακό Σύστημα Λοιμωδών Νοσημάτων (Centralized Information System for Infectious Diseases - CSID) και πλήθος άλλων συστημάτων (WHO-EUROPE, 2014).

Ενδεικτική μελέτη εθνικής κλίμακας αποτελεί η έρευνα που διεξήχθη το 2002 από το Εθνικό Γραφείο Στατιστικής της Νιγηρίας. Χρησιμοποιώντας εθνικά αντιπροσωπευτικά δεδομένα, η μελέτη απεφάνθη πως υπάρχουν αποκλίσεις στην εμβολιαστική κάλυψη ενάντια στις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες. Η έρευνα υιοθέτησε μια διαδικασία δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων ώστε να μπορέσει να πραγματοποιήσει τόσο εθνικές όσο και υποεθνικές αναλύσεις. Επιλέχθηκαν 774 περιοχές τοπικής αυτοδιοίκησης (LGA) της χώρας και ακολουθήθηκε μια στρατηγική δειγματοληψίας συστάδων δύο σταδίων στη συλλογή δεδομένων εντός κάθε περιοχής, συλλέγοντας στοιχεία από τα νοικοκυριά μέσω ερωτηματολογίων και μέσω του ιατρικού ιστορικού των παιδιών. Ακολούθως επιλέχθηκαν δέκα περιοχές από κάθε τοπική αυτοδιοικούμενη περιοχή και στο

τελευταίο στάδιο έγινε επιλογή 10 κατοικιών (ή νοικοκυριών) από κάθε περιοχή. Συνολικά, απαριθμήθηκαν περίπου 75.900 νοικοκυριά που αντιπροσώπευαν ποσοστό κάλυψης περίπου 98%. Ο αριθμός του δείγματος ανήλθε σε 42.000 παιδιά ηλικίας μεταξύ 1 έως 59 μηνών. Από αυτά αποκλείστηκαν τα πλήρως ανοσοποιημένα παιδιά ηλικίας 12 έως 59 μηνών και αυτά που δεν είχαν εμβολιαστεί ποτέ από τη γέννησή τους. Στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις ανισότητες στην πλήρη και μερική ανοσοποίηση στη χώρα της Νιγηρίας και να προσδιορίσει τους παράγοντες στους οποίους οφείλονται οι ανισότητες στην εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών. Χαρακτηριστικά ευρήματα της μελέτης ήταν πως το 33% των παιδιών ηλικίας μεταξύ 12 έως 59 μηνών ήταν πλήρως ανοσοποιημένα, πάνω από το 65% ήταν μερικώς ανοσοποιημένα και σε ποσοστό <1% δεν είχαν εμβολιαστεί ποτέ. Σχεδόν το 50% των παιδιών των πλουσιότερων νοικοκυριών είχαν πλήρως ανοσοποιηθεί σε σύγκριση με τα φτωχότερα, όπου μόλις το 23% των παιδιών είχαν πλήρως ανοσοποιηθεί. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, παράγοντες όπως η παιδεία της μητέρας, ο τύπος κατοικία του παιδιού και η γενικότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ευθύνονται για τις ανισότητες στην κάλυψη ανοσοποίησης στη Νιγηρία (Ataguba et al., 2016).

2.1.5. Μελέτες Διερεύνησης Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς στην Ελλάδα

Συστηματικός έλεγχος της παιδικής ανοσοποίησης έχει διεξαχθεί σε πολλές χώρες και κυρίως σε αυτές του Δυτικού κόσμου. Αρκετές εξ' αυτών έχουν πραγματοποιηθεί σε τοπικό επίπεδο και στη χώρα μας, παρουσιάζοντας όμως σημαντικά προβλήματα. Τέτοια αποτελούν τα μη αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών, οι μεθοδολογικές δυσχέρειες ως προς την ελλιπή περιγραφή του τρόπου δειγματοληψίας και προβλήματα ως προς τον σχεδιασμό και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων (Παναγιωτόπουλος, 1999).

Στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια τα πιο σημαντικά συμπεράσματα για την παιδική εμβολιαστική κάλυψη προκύπτουν από τέσσερις εθνικές μελέτες, οι οποίες έγιναν το 1997, 2001, 2006, 2012, αλλά και κάποιων πιο προσφάτων. Χάριν αυτών αποκτήθηκαν αξιόπιστα εθνικά δεδομένα για το επίπεδο ανοσοποίησης των παιδιών αλλά και για τις αιτίες που καθορίζουν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης (Μιχαλοπούλου, 2018).

Η εθνική μελέτη που διενεργήθηκε το 2001 από το «Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού» έλαβε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών τα οποία είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα το 1998 με

διαστρωμάτωση, μέσω απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Τα απαραίτητα δεδομένα συλλέχθηκαν από το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού», με το ποσοστό συμμετοχής των παιδιών να ανέρχεται στο 90,6%. Η μελέτη έθεσε ως στόχο την εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης μόνο του γενικού πληθυσμού και τα ποσοστά ανοσοποίησης των παιδιών, όπως ενδεικτικά για την ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την εθνική μελέτη του 1997 (Παναγιωτόπουλος και συν., 2002).

Μία από τις πιο ολοκληρωμένες πανελλαδικές μελέτες εκτίμησης της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού διεξήχθη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας το 2012 μέσω τυχαίας δειγματοληψίας με διαστρωμάτωση κατά συστάδες. Τα δεδομένα αντλήθηκαν εκ των τεσσάρων Γεωγραφικών Περιφερειών της χώρας, από τα σχολικά τμήματα της Α΄ Δημοτικού των σχολείων της χώρας. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 1046 μαθητές (αναλογία απόκρισης 84%) και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες συλλέχθηκαν από το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού». Στόχος της μελέτης του 2012 ήταν η εκτίμηση της κατάστασης ανοσοποίησης στην Ελλάδα για το γενικό πληθυσμό, αλλά και για τα παιδιά των μεταναστών και των Ρομά ηλικίας 2- 6,5 ετών. Βάσει των πορισμάτων της μελέτης η εμβολιαστική κάλυψη βρέθηκε συνολικά υψηλότερη συγκριτικά με τη μελέτη του 2006, με αυτή των Ρομά όμως να είναι μέτρια έως και χαμηλή. Διαπιστώθηκαν εμπόδια στην κάλυψη του γενικού πληθυσμού με συγκεκριμένα εμβόλια και δόσεις, όπως ενδεικτικά η ανεπαρκής κάλυψη με 2 δόσεις εμβολίου MMR (83% στο σύνολο παιδιών της Α Δημοτικού), ενώ ο στόχος του ΠΟΥ είναι >95%. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνονται δυστυχώς από τις επιδημίες που κατά καιρό ξεσπούν στην Ελλάδα, με πιο πρόσφατη την επιδημία ιλαράς το 2017 (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013).

Μία ακόμα μελέτη εθνικού επιπέδου και μάλιστα κατά την έναρξη της κοινωνικοοικονομικής κρίσης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε από τους Georgakopoulou et al. (2017) τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2013. Στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της πλήρους και έγκαιρης εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών προσχολικής ηλικίας 2 έως 3 ετών σε νηπιαγωγεία. Εφαρμόστηκε γεωγραφικά στρωματοποιημένη δειγματοληψία συστάδων, λαμβάνοντας υπόψη τους νομούς ως στρώματα και τα νηπιαγωγεία ως συστάδες. Τα νηπιαγωγεία επιλέχθηκαν μέσω απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Συνολικά περιλήφθηκαν 185 νηπιαγωγεία με 2.539 παιδιά (ποσοστό απόκρισης 81,5%) και τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού». Τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν υψηλή κάλυψη ως προς τα εμβόλια της διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη, πολιομυελίτιδας και ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς σε ποσοστό >95% (στόχος ΠΟΥ >95%), ακολουθούμενα από τα εμβόλια της ινφλουέντζας τύπου b και ανεμοβλογιάς. Πέραν του

γεγονότος της πολύ μεγάλης κάλυψης παρατηρήθηκε καθυστέρηση σε εμβολιασμούς, όπως της ηπατίτιδας Β (48,3% ολοκληρώθηκε σε διάρκεια 12 μηνών). Από το σύνολο του πληθυσμού που ερευνήθηκε το 82,3% έλαβε 3 δόσεις PCV σε 12 μήνες, ενώ το 62,3% έλαβε την 4η δόση σε 24 μήνες και το 76,2% σε 30 μήνες. Τα συμπεράσματα της μελέτης ανέδειξαν υψηλή εμβολιαστική κάλυψη για την πλειάδα των εμβολίων κατά την έναρξη της κρίσης στην Ελλάδα.

2.2. Ρομά και Ανισότητες στους Εμβολιασμούς

2.2.1 Κοινωνική - Πολιτιστική Ταυτότητα των Ρομά & Προγράμματα Κοινωνικής Δράσης

Ο συνολικός αριθμός του πληθυσμού των Ρομά είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί εξαιτίας παραγόντων, όπως οι συνεχείς μετακινήσεις τους, οι γεννήσεις που δεν έχουν δηλωθεί και οι φόβοι τους για διώξεις. Οι Ρομά ίσως συνιστούν τη μεγαλύτερη εθνοτική μειονότητα της Ευρώπης. Πολλές ανθρωπολογικές μελέτες καταδεικνύουν ότι οι Ρομά κατάγονται από τη Βορειοδυτική Ινδία και η γλώσσα τους, η Ρομανί παρουσιάζει πολλά κοινά στοιχεία με διαλέκτους παρόμοιες με τα σανσκριτικά (Zeman et al., 2003). Ο πληθυσμός τους ανέρχεται περίπου σε 10 έως 12 εκατομμύρια, εκ των οποίων το 70% εντοπίζεται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Michos et al., 2008). Περίπου το 80% εξ' αυτών διαμένουν σε χώρες που έχουν ενταχθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το 2004, ενώ απαρτίζουν το 6% έως 11% των πληθυσμών της Ρουμανίας, της Τσεχίας, της Βουλγαρίας, της Ισπανίας, της Σλοβακίας και των Σκοπίων (Guy, 2009).

Τόσο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών όσο και εντός της κάθε χώρας, η μειονότητα των Ρομά χαρακτηρίζεται από πλούσια ποικιλόμορφα στοιχεία ως προς τον πολιτισμό τους, την κοινωνικοοικονομική θέση, άλλα και στα γενικότερα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Μία κυνική πραγματικότητα που ισχύει για όλες τις χώρες στις οποίες διαμένουν οι Ρομά είναι αυτή που αναφέρει πως τα επίπεδα των δεικτών των βασικών κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας τους, όπως η πρόσβαση στην απασχόληση, η εκπαίδευση, το εισόδημα, οι συνθήκες διαβίωσης και οι κοινωνικές και θεσμικές διακρίσεις τους βρίσκονται σε ανησυχητικά χαμηλά επίπεδα (United Nations, 2012).

Οι Ρομά έχουν βιώσει και εξακολουθούν να βιώνουν την πιο έντονη απόρριψη και διάκριση συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη μειονοτική ομάδα στην Ευρώπη. Αντιμετώπισαν για πολλά χρόνια καθεστώτα δουλείας-διωγμών, συνθήκες φτώχειας και αυτές φαίνεται να είναι οι αιτίες στις οποίες οφείλονται οι συνεχείς και μεγάλες σε έκταση μετακινήσεις τους. Εντούτοις αυτός ο τρόπος ζωής τους τείνει να διαφοροποιείται τον τελευταίο αιώνα με αποτέλεσμα να εγκαθίστανται στις υποβαθμισμένες περιοχές των διαφόρων χωρών, διατηρώντας πάντα την πολιτιστική ταυτότητα τους (Parra-Casado et al., 2018).

Αποσκοπώντας στη μείωση των διακρίσεων και των ανισοτήτων, τα Ευρωπαϊκά κράτη τα τελευταία χρόνια έχουν επικεντρωθεί σε στρατηγικές για την πάταξη του ρατσιστικού κύματος ενάντια στους Ρομά. Μέσω του προγράμματος PHARE η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε) διέθεσε περισσότερα από 77 εκατομμύρια ευρώ στα προς ένταξη κράτη, όπως η Τσεχία, η Σλοβακία, η Ουγγαρία, η Βουλγαρία και η Ρουμανία με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και στέγασης των Ρομά. Επίσης και στα ήδη ενταγμένα κράτη-μέλη της, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Γαλλία εφαρμόζονται προγράμματα της κοινοτικής πρωτοβουλίας EQUAL, του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και τα προγράμματα «ΣΩΚΡΑΤΗΣ» και «Νεολαία για την Ευρώπη». Το πρόγραμμα κοινοτικής δράσης ενάντια στις διακρίσεις, το οποίο έχει υπογράψει και η Ελλάδα ολοκληρώθηκε με την έκδοση της Οδηγίας 2000/43/ΕΚ. Παρόλα ταύτα τα αποτελέσματα δεν είναι τα επιθυμητά, καθώς είναι πολλοί οι τομείς στους οποίους οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν με σκοπό την αντιμετώπιση των ανισοτήτων των Ρομά (Euroga, 2018).

Δεδομένων των προαναφερθέντων συνθηκών, οι ανισότητες δεν θα μπορούσαν να απουσιάζουν και από τον τομέα της υγείας των Ρομά, με τα διεθνή ευρήματα να αναδεικνύουν πολλά και σημαντικά εμπόδια πρόσβασης τους στο υγειονομικό σύστημα. Τα δεδομένα αυτά έρχονται να επιβεβαιωθούν από καταστάσεις, όπως το χαμηλότερο επίπεδο υγείας και οι ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης τους συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό, δημιουργώντας υψηλούς δείκτες νοσηρότητας από λοιμώδη νοσήματα. (Földes & Covaci, 2012).

Εστιάζοντας στη χώρα της Ελλάδας είναι επίσης δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς το μέγεθος του πληθυσμού των Ρομά, καθώς απουσιάζουν οι συστηματικές προσπάθειες χαρτογράφησης του. Σύμφωνα με κρατικούς υπολογισμούς φαίνεται να ανέρχονται στις 150.000, αν και οι ίδιοι δηλώνουν πως κυμαίνονται μεταξύ 400.000 με 500.000. Βάσει μελετών της Ελληνικής πολιτείας για την καταγραφή του πληθυσμού τους, αλλά και των στοιχείων του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης φαίνεται να βρίσκονται διάσπαρτοι σε όλη την Ελλάδα, διαμένοντας σε σπίτια και

παράγκες. Το 65% έχει ηλικία μικρότερη από 25 έτη, ενώ το 6% έχει ηλικία 55 ετών και άνω, με τον μέσο αριθμό μελών ανά νοικοκυριό να ανέρχεται στα 5,3 άτομα. Οι Ρομά στην Ελλάδα, παρότι δεν έχουν έντονο το θρησκευτικό φρόνημα, είναι ως επί το πλείστον Χριστιανοί Ορθόδοξοι και μιλούν τη διάλεκτο Βλάχουρα Ρομά. Για αρκετές δεκαετίες αποτέλεσαν τον κύριο όγκο του εργατικού δυναμικού της χώρας (Penna, 2018).

Οι Ρομά στην Ελλάδα αποτελούν την πληθυσμιακή ομάδα, που βιώνει ίσως τις πιο έντονες διακρίσεις και ανισότητες, με επακόλουθο αντίκτυπο τα χαμηλά επίπεδα υγείας τους. Τα τελευταία 30 χρόνια, με εφιαλτήριο το 1981 έχουν υιοθετηθεί και εφαρμοστεί προγράμματα κοινωνικής δράσης σχετικά με την προάσπιση των δικαιωμάτων τους. Από το 1988 έως και το 1995 οι Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης, μέσω ενεργειών τους έφεραν σε επαφή την πολιτεία με τις τσιγγάνικες κοινότητες με σκοπό τον εντοπισμό των προβλημάτων των Ρομά και τη χάραξη πολιτικών για την ομαλή κοινωνική τους ένταξη. Ένα ακόμα πρόγραμμα για την κοινωνική αφομοίωση των Ρομά εφαρμόστηκε το 2001, το γνωστό «Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης της Κοινωνικής Ένταξης των Ελλήνων Ρομά 2001-2008», με κύριους στόχους τη στεγαστική αποκατάσταση και κοινωνική τους ένταξη (Παπαμιχαήλ, 2018). Το 2002 η Ελληνική πολιτεία εναρμονίστηκε με τις αρχές της ίσης μεταχείρισης, ανεξαρτήτως φυλετικών, θρησκευτικών και άλλων πεποιθήσεων μέσω ενεργειών, όπως η ίδρυση των Ιατροκοινωνικών Κέντρων (ΙΑΚ) για τους Ρομά. Επίσης την περίοδο 1996-2007 οργανώθηκαν αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα ενηλίκων από το Υπουργείο Εργασίας.

Τον Σεπτέμβριο του 2006 το «Ελληνικό Παρατηρητήριο Συμφωνιών του Ελσίνκι» κατήγγειλε ότι στην Ελλάδα παρατηρείται την τελευταία δεκαετία μεγάλη παράνομη έξωση των Ρομά. Επίσης καταγγέλθηκε πως ήταν σε έξαρση η επιθετική στάση ενάντια στους υπερασπιστές των δικαιωμάτων των Ρομά, ακόμα και με τη συμβολή των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Ελευθεροτυπία, 2006). Σε απάντηση αυτών, η Ελλάδα προέβει σε σημαντικές ενέργειες, όπως αυτής του 2011 εφαρμόζοντας την «Εθνική Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης των Ρομά 2012-2020» για τον προσδιορισμό της υπάρχουσας κατάστασης στις κοινότητες τους, με προτεραιότητα στους τομείς, όπως η υγεία και η κοινωνική πρόνοια. Το 2016 αποσκοπώντας στον περιορισμό των εμποδίων πρόσβασης των Ρομά στις υγειονομικές υπηρεσίες εκδόθηκε νόμος (ν.4368/2016 και ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016) ο οποίος αναγνώρισε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στις υπάρχουσες δημόσιες υγειονομικές δομές, όλων των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων και των Ρομά.

Παρόλο ότι οι Ελληνικές κυβερνήσεις τις τελευταίες δεκαετίες έχουν προβεί σε πλήθος ενεργειών, μέσω κυρίως της εφαρμογής πολλών ευρωπαϊκών χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, τα αποτελέσματα δεν φαίνεται να είναι τα αναμενόμενα. Όσον αφορά τον υγειονομικό χώρο, η επικέντρωση των επαγγελματιών υγείας σε διαπολιτισμικά υγειονομικά ζητήματα ίσως δύναται να συνεισφέρει στην κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει η φροντίδα της υγείας των Ρομά, γεγονός που θα καταστήσει εφικτή την επίτευξη των στόχων περί μείωσης των υγειονομικών ανισοτήτων. Επομένως η πλειοψηφία των προσπαθειών θα πρέπει να επικεντρωθεί στον προσδιορισμό των πολιτισμικών διαφορών και τη συσχέτιση τους με την κοινωνικοοικονομική κατάστασή των Ρομά (Κοτρώτσιου και συν., 2018).

2.2.2. Μελέτες Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς των Ρομά Διεθνώς

Παρόλο ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει δοθεί μεγάλη βαρύτητα στην έρευνα γύρω από την υγεία των Ρομά και ειδικότερα των παιδιών τους, εξακολουθούν να είναι πολύ περιορισμένα τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει (Foldes & Conaci, 2012). Η απουσία εθνικών μελετών διερεύνησης της εμβολιαστικής κάλυψης τους είναι αισθητή και σαφώς απουσιάζουν από τη διεθνή βιβλιογραφία συγκριτικά δεδομένα μεταξύ των χωρών, ώστε να προσδιοριστεί η έκταση του προβλήματος της μη ανοσοποίησης των Ρομά (Ringold & Wilkens, 2005).

Το 2009 στη Σερβία πραγματοποιήθηκε μελέτη μεταξύ 468 νοικοκυριών Ρομά σε παιδιά ηλικίας 6 έως 59 μηνών, χρησιμοποιώντας δειγματοληψία συστάδων, βάσει του μεθοδολογικού δείγματος έρευνας εμβολιαστικής κάλυψης του ΠΟΥ (2005). Τα εμβολιαστικά δεδομένα καταγράφηκαν από τα παιδικά βιβλιάρια και το ατομικό ιατρικό ιστορικό σε Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά που κατοικούσαν σε υποβαθμισμένους οικισμούς στο Βελιγράδι της Σερβίας. Ανευρέθει ποσοστό παιδιών της τάξεως του 88% τα οποία κατείχαν κάρτες εμβολιασμού. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι τα παιδιά των οποίων οι γεννήσεις είχαν καταχωρηθεί στις πολιτικές αρχές της χώρας ήταν πιθανότερο να έχουν κάρτες εμβολιασμού και να έχουν πλήρως εμβολιαστεί για τα εμβόλια DTP, OPV, MMR και HepB. Στα αποτελέσματα καταγράφηκε πως το επίπεδο ανοσοποίησης των παιδιών Ρομά στους οικισμούς αυτούς ήταν πολύ μικρότερο από τον στόχο του ΠΟΥ (>95%), με συνέπεια την πενιχρή πρόληψη και έλεγχο των ασθενειών που θα μπορούσαν να αποτραπούν με τον εμβολιασμό (Stojanovski et al., 2012).

Μία μελέτη που αποπειράθηκε να συλλέξει και να αναλύσει δεδομένα από πολλές ταυτόχρονα χώρες ήταν αυτή των Duval et al. (2016) οι οποίοι στόχευσαν στη διερεύνηση των υγειονομικών ανισοτήτων ως προς την ανοσοποίηση των παιδιών Ρομά. Η έρευνα τους πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο έως τον Ιούλιο του 2011 σε 12 χώρες της Κεντρικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, όπως η Αλβανία, η Βοσνία-Ερζεγοβίνη, η Ουγγαρία, η Τσέχικη Δημοκρατία, η Μολδαβία, η Ρουμανία. Στόχος της μελέτης, πέρα από τη διερεύνηση των διαφορών στην εμβολιαστική κάλυψη των Ρομά και μη Ρομά ήταν και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις ανισότητες και διακρίσεις που αντιμετωπίζει η μειονότητα. Χρησιμοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία διαστρωμάτωσης και συστάδων σε περίπου 750 νοικοκυριά οικισμών Ρομά από κάθε χώρα. Το συνολικό δείγμα πάρθηκε από 13.481 νοικοκυριά, το οποίο αποτελούσαν 54.660 άτομα όλων των ηλικιών, εκ των οποίων τα 41.334 ήταν Ρομά και τα 13.326 μη Ρομά. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω συνεντεύξεων από το νοικοκυριό του κάθε ερωτώμενου. Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά Ρομά έχουν μικρότερη πιθανότητα εμβολιασμού σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά (λόγος πιθανότητας = 0,325). Ενδεικτικά οι πιθανότητες εμβολιασμού για ένα παιδί Ρομά ήταν μικρότερες κατά 33,9% σε σχέση με ένα παιδί μη Ρομά για το εμβόλιο DPT, 38,6% για το MMR, 34,4% για την πολιομυελίτιδα, και 45,7% για το BCG. Τα πορίσματα της μελέτης κατέδειξαν μεγάλη διαφορά στην εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των Ρομά και μη Ρομά, προτείνοντας την ανάγκη καλύτερης κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν τους εμβολιασμούς.

Σημαντική εθνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα Βαλκάνια και συγκεκριμένα στις χώρες του Μαυροβουνίου, του Κοσόβου, της Σερβίας, της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και των Σκοπίων την περίοδο 2011–14 είναι αυτή της Multiple Indicator Cluster Survey της UNICEF. Σκοπός της έρευνας ήταν ο προσδιορισμός του ύψους της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά και η διερεύνηση των συνθηκών διαβίωσης τους. Τα ευρήματα της μελέτης ανέφεραν ότι τα ποσοστά πλήρους εμβολιασμού για την ηλικία του 1 έτους ανέρχονταν από 4% έως 65%, με τα υψηλότερα ποσοστά να εντοπίζονται στα Σκόπια και τα χαμηλότερα στη χώρα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Στα γενικότερα πορίσματα καταγράφηκε το χαμηλό ποσοστό ανοσοποίησης των παιδιών Ρομά ηλικίας 2 έως 3 ετών (UNICEF, 2018).

Σε τοπική μελέτη που έλαβε χώρα στο Κεντ της Νοτιοανατολικής Αγγλίας, οι Smith & Newton (2016) πραγματοποίησαν ποιοτική μελέτη που εμπεριείχε 5 ομάδες εστίασης, 16 γυναικών ταξιδιωτών. Τα δείγματα πληθυσμού επιλέχθηκαν τυχαία από όλη την πόλη του Κεντ, τον Ιανουάριο του 2014 και η λήψη των δεδομένων έγινε μέσω συνεντεύξεων οι οποίες ηχογραφήθηκαν σε χώρους τροχόσπιτων. Από τα 35 συνολικά παιδιά (τα 10 ήταν Ρομά) τα 22

είχαν πλήρως ή μερικώς ανοσοποιηθεί με το εμβόλιο MMR σε σύγκριση με τα 13 παιδιά που δεν είχαν εμβολιασθεί. Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των δομικών φραγμών στην ανοσοποίηση κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς (MMR) στις ομάδες των Ρομά και των ταξιδιωτών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η μελέτη κατέληξε σε κάποια κοινά συμπεράσματα για όλες τις υπό εξέταση ομάδες. Κυρίως αποφάνθηκε πως οι Ρομά βιώνουν εμπειρίες προκατάληψης, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού από την υπόλοιπη κοινωνία, με άμεσο αντίκτυπο την περιορισμένη πρόσβαση τους στα συστήματα υγείας και στα προγράμματα εμβολιασμών. Καταγράφηκε πολύ υψηλός αριθμός κρουσμάτων ιλαράς των παιδιών Ρομά τα οποία έφεραν αντίστοιχα χαμηλά επίπεδα ανοσοποίησης έναντι της ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς (MMR).

2.2.3. Μελέτες Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς των Ρομά στην Ελλάδα

Από τη χώρα της Ελλάδας εκλείπει η σφαιρική έρευνα σχετικά με τα επίπεδα ανοσοποίησης των παιδιών Ρομά. Οι μελέτες που έχουν παρουσιάσει δεδομένα και αποτελέσματα σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη της μειονότητας είναι συνήθως είτε ευρύτερες κοινωνικές έρευνες, όπου δευτερευόντως μόνο εξέτασαν το πρόβλημα στους εμβολιασμούς είτε τοπικές μελέτες με αρκετές μεθοδολογικές αδυναμίες. Όμως αυτή η απουσία ολοκληρωμένων εθνικών μελετών αποτελεί τροχοπέδη για τον ακριβή προσδιορισμό του μεγέθους του προβλήματος των ελλειψών και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και ανύπαρκτων παιδικών εμβολιασμών στις τάξεις των Ρομά. Συνεπώς έγκυρες εθνικές μελέτες θα μπορούσαν να συνδράμουν στο σχεδιασμό πολιτικών ένταξης των Ρομά και χάραξης πολιτικών με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της μη επαρκούς ανοσοποίησης τους (Paramichail et al., 2017).

Αναφορικά λοιπόν με την Ελλάδα, το 2002 διεξήχθη τοπική μελέτη σε υποβαθμισμένη περιοχή της Αθήνας, περιλαμβάνοντας συνολικά 216 παιδιά εκ των οποίων τα 118 ήταν Ρομά και τα 98 μη Ρομά, με μέσο όρο ηλικίας τα 9 έτη. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση του επιπολασμού των δεικτών της ηπατίτιδας A (HAV), B (HBV) και C (HCV) μεταξύ παιδιών Ρομά και μη Ρομά που ζούσαν στην ίδια υποβαθμισμένη περιοχή της Αθήνας και η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για μόλυνση από ηπατίτιδα. Μεταξύ των παιδιών Ρομά το 98,3% είχε ανιχνεύσιμα αντισώματα έναντι του HAV, συγκριτικά με ποσοστό 32,7% μεταξύ των παιδιών μη Ρομά ($P < 0,0001$). Όσον αφορά τον ιό HBV το 22% των Ρομά βρέθηκε με στοιχεία προηγούμενης μόλυνσης (anti-HBc (+)), ενώ το 4% του γενικού πληθυσμού ήταν χρόνιοι φορείς του Αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg (+))

($P < 0,0001$). Εμβολιασμένα παιδιά έναντι του ιού HBV (anti-HBs (+), anti-HBc (-)) αποτελούσαν μόνο το 14% των Ρομά, ενώ στους μη Ρομά το ποσοστό ήταν 96% ($P < 0,0001$). Κάποιες λιγοστές ενδείξεις υπήρξαν σχετικά με την ενδογενή μετάδοση των ιών HAV και HBV σε παιδιά σχολικής ηλικίας των Ρομά. Τα κενά στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η συχνή αλλαγή κατοικίας, οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και η απουσία ασφάλισης των παιδιών βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με οροθετικά κρούσματα από τον ιό HBV μεταξύ των Ρομά. Σε καμία από τις εξεταζόμενες ομάδες δεν εντοπίστηκε παιδί προσβεβλημένο από τον ιό HCV. Τα ευρήματα καταδεικνύουν υψηλές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες όσον αφορά τις μεταδοτικές ασθένειες που θα μπορούσαν να προληφθούν και οι ερευνητές υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης και εντατικοποίησης των πολιτικών υγείας και ειδικότερα όσον αφορά το γενικό εμβολιασμό των μειονοτικών ομάδων (Michos et al., 2008).

Στην Ελλάδα το 2006 πραγματοποιήθηκε πανελλαδική μελέτη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για τον προσδιορισμό του επιπέδου ανοσοποίησης των παιδιών ηλικίας 6 έως 14 ετών. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 3.878 παιδιά της Α΄ Δημοτικού και 923 της Γ΄ Γυμνασίου, εκ των οποίων τα 52 ήταν Ρομά. Επιλέχθηκε δειγματοληψία κατά συστάδες και διαστρωμάτωση ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, ενώ τα απαραίτητα δεδομένα συλλέχθηκαν από το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού». Η μελέτη έθεσε ως στόχο την εκτίμηση, αφενός της παιδικής εμβολιαστικής κάλυψης κατά εμβόλιο και δόση και αφετέρου των αντιλήψεων των γονέων των παιδιών Α΄ Δημοτικού σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών τους. Για το γενικό πληθυσμό ανεδείχθησαν ευρήματα όπως: εμβολιαστική κάλυψη 77,1% για τις 2 δόσεις του εμβολίου MMR και καθυστέρηση στον εμβολιασμό για ηπατίτιδα Β. Τα επίπεδα εμβολιασμών των Ελλήνων Ρομά βρέθηκαν σε μέτρια έως και χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με αυτά του γενικού πληθυσμού. Η μελέτη απεφάνθη πως το επίπεδο ανοσοποίησης του γενικού παιδικού πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν συνολικά αρκετά υψηλό. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να έχουν αντίκτυπο στην εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών ήταν κυρίως κοινωνικής και χωροταξικής φύσεως, με τις αντιλήψεις των γονέων να διαδραματίζουν δευτερεύοντα ρόλο (Παναγιωτόπουλος και συν., 2009).

Σε μία από τις πιο πρόσφατες εθνικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα (2012-2013) διερευνήθηκε το επίπεδο ανοσοποίησης των Ελληνόπουλων Ρομά σε συνολικό δείγμα 251 παιδιών. Συμπεριλήφθηκαν 30 οικισμοί Ρομά, διαστρωματωποιημένοι κατά γεωγραφική περιοχή και τύπο οικισμού. Επιλέχθηκαν 7 έως 10 παιδιά ηλικίας 24 έως 77 μηνών από κάθε οικισμό, χρησιμοποιώντας συστηματική δειγματοληψία. Τα δεδομένα σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών συλλέχθηκαν από πολλαπλές πηγές, κατόπιν εξασφάλισης της συναίνεσης των γονέων.

Στόχος της έρευνας ήταν η ανάδειξη αξιόπιστων ποσοτικών εκτιμήσεων για την εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού των Ρομά και ο προσδιορισμός των παραγόντων οι οποίοι συντείνουν στο χαμηλό επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης. Μέσω του εντύπου εμβολιασμού το οποίο διενεμήθη στην πλειοψηφία του δείγματος (86%), ανευρέθηκαν σημαντικά ευρήματα. Μόλις στο 35% με 39% των παιδιών διεξήχθησαν οι βασικοί εμβολιασμοί, όπως η 1η δόση για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα και η 3η δόση για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη, ενώ μόλις το 34% έως 38% και το 31% έως 35% εμβολιάστηκαν με την 3η δόση για την ηπατίτιδα Β και την 3η δόση για τον αιμόφιλο της ινφλουέντζας αντίστοιχα. Κανένα από τα παιδιά δεν εμβολιάστηκε ενάντια στη φυματίωση κατά το 1ο έτος της ζωής του. Τα πορίσματα της μελέτης ανέδειξαν ανεπαρκή εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών Ρομά στην Ελλάδα, πολύ χαμηλότερη αυτής του παιδικού γενικού πληθυσμού. Οι βασικότεροι παράγοντες που οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά αποτελούν το φύλο (χαμηλότερη εμβολιαστική κάλυψη στα κορίτσια), οι συνθήκες διαβίωσης και η σχολική συμμετοχή (υψηλότερη για τους μαθητές). Η μελέτη όμως κατέληξε πως παρότι η Ελλάδα βρίσκεται εν μέσω οικονομικής κρίσης, η εξασφάλιση μειωμένων επιπέδων ανισοτήτων, οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και οι μικρές αποστάσεις των οικισμών Ρομά από τις πρωτοβάθμιες δομές υγείας συνδέονται με σαφώς υψηλότερους εμβολιαστικούς δείκτες (Paramichail et al., 2017).

Δύο ακόμα πανελλαδικές μελέτες διενεργήθηκαν το 2008, η πρώτη από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και η δεύτερη μέσω ευρωπαϊκού χρηματοδοτούμενου προγράμματος (Ζαροκόστα, 2009) σχετικά με την εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού των Ρομά. Ανευρέθη πως από το σύνολο των παιδιών Ρομά που πήραν μέρος στην Έρευνα, τα μισά περίπου δεν ήταν επαρκώς εμβολιασμένα. Υψηλότερη εμβολιαστική κάλυψη είχαν τα αγόρια έναντι των κοριτσιών και τα παιδιά τα οποία κατοικούσαν σε οικισμούς με ποιοτικότερες συνθήκες διαβίωσης.

2.2.4. Αιτίες Ανισοτήτων στους Εμβολιασμούς Ρομά Διεθνώς και στην Ελλάδα

Η μειονότητα των Ρομά ανέκαθεν αντιμετώπιζε ποικίλες δυσχέρειες ως προς τους εμβολιασμούς των παιδιών τους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Rechel et al., 2009). Σε μια σύνοψη των δυσχερειών αυτών μπορούν να αναφερθούν ως κυριότερες, η οικονομική πενία, το χαμηλό επίπεδο

εκπαίδευσης, η κοινωνική απομόνωση, οι συνεχείς μετακινήσεις τους και η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης (Παπαμιχαήλ, 2018).

Ο Roman et al. (2013) σε έρευνα του που διεξήχθη στη Ρουμανία ανέδειξαν ως κύριο αποτρεπτικό παράγοντα για τους εμβολιασμούς τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των Ρομά, με την πλημμελή καθαριότητα και υγιεινή τους να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς τη μη αποδοχή τους από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη του Duval et al. (2016) σε 12 χώρες της Κεντρικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, ως αιτίες ανισοτήτων στους παιδικούς εμβολιασμούς εντοπίζουν τις γενικότερες διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι Ρομά. Οι διακρίσεις αυτές είναι σύνθετες και περιλαμβάνουν τη διάκριση στην απασχόληση, την εκπαίδευση και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, με συνέπεια τη μη ένταξη και αφομοίωση τους από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Σε πρόσφατη μελέτη που διενεργήθει στο Ηνωμένο Βασίλειο για τους παιδικούς εμβολιασμούς των Ρομά ανεδείχθη ως σημαντικός αποτρεπτικός παράγοντας ενάντια στους εμβολιασμούς, η γλώσσα, λόγω της δυσκολίας κατανόησης των ιατρικών όρων και οδηγιών από τους Ρομά. Εξαιτίας των συνεχών μετακινήσεων του συγκεκριμένου πληθυσμού γίνεται αναφορά στην έλλειψη συνέχειας στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα τους και στην απουσία συστηματικής παρακολούθησης των εμβολιασμών τους. Η Κοτρώτσιου και συν. (2018) στην έρευνα της αναφέρει πως οι Ρομά έχουν διαφορετικές έξεις και πολιτισμικές συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία τους, αλλά και τη γενικότερη υγειονομική τους περίθαλψη. Αυτές επηρεάζουν όλες τις πτυχές της καθημερινότητας τους, όπως την καθαριότητα τους, τη διατροφή τους, τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τις αντιλήψεις τους για τους εμβολιασμούς. Ως αιτίες ανισοτήτων αναφέρουν τους φραγμούς που αντιμετωπίζουν οι Ρομά ως προς την πρόσβαση στην απασχόληση, στην εκπαίδευση, στη στέγαση και γενικότερα στην υγειονομική περίθαλψη. Καταλήγουν πως ίσως η κυριότερη αιτία ανισοτήτων πηγάζει από τη μη συμπερίληψη και αφομοίωση τους από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, ώστε να καταστεί εφικτή η εξέλιξη τους σε πιο συνεπή και υγιή άτομα.

Ένα οξύμωρο όμως στοιχείο που προκύπτει από αρκετές μελέτες που επικεντρώνονται στις αντιλήψεις των ομάδων με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη στην Ευρώπη, είναι πως στις κοινότητες των Ρομά απουσιάζουν οι ιδεολογικές και θρησκευτικές αντιρρήσεις για τους εμβολιασμούς, μη έχοντας διαφορετική οπτική από αυτή του γενικού πληθυσμού. Επιπρόσθετα στη μελέτη του ο Mihailov (2011) σε δώδεκα Ευρωπαϊκές χώρες ανέδειξε πως μόνο το 20% των Ρομά δεν διαθέτουν

βιβλιάριο εμβολιασμών, γεγονός που καταδεικνύει τη θετική τους στάση απέναντι στους εμβολιασμούς.

Όσον αφορά την Ελλάδα ανάμεσα στη μειονότητα των Ρομά και την ομάδα του γενικού πληθυσμού φαίνεται να υπάρχουν κοινοί αποτρεπτικοί παράγοντες για τους εμβολιασμούς, όπως οι πολύτεκνες οικογένειες, οι πολύ νεαρές μητέρες, το οικονομικό κόστος διενέργειας των εμβολιασμών, η μακρινή απόσταση από τα εμβολιαστικά κέντρα και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Παναγιωτόπουλος και συν., 2009 · Υπουργείο Απασχόλησης, 2008). Στη μελέτη του ο Michos et al. (2008) αναφέρει πως οι κοινωνικές ανισότητες οφείλονται κυρίως στις υψηλές κοινωνικοοικονομικές διαφορές τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η συχνή αλλαγή τόπου διαμονής, οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης, η απουσία ασφαλιστικής ικανότητας των παιδιών, η ανεπαρκής πρωτοβάθμια περίθαλψη, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων και ο μεγάλος αριθμός ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι ευθύνονται για τα χαμηλά επίπεδα ανοσοποίησης. Επίσης το χαμηλό επίπεδο ενημέρωσης των Ρομά αντανakλάται και στη στάση που έχουν απέναντι στην πρόληψη και επομένως προληπτικές ενέργειες, όπως οι εμβολιασμοί δεν αποτελούν προτεραιότητα τους (Κοτρώτσιου & Σκεντέρης, 2014).

Το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά τείνει επίσης να συνδέεται με τις συνθήκες διαβίωσης, το φύλο (χαμηλότερο στα κορίτσια) και τη σχολική συμμετοχή (υψηλότερο για τους μαθητές). Επίσης οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης, η απουσία πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (κυρίως Κέντρων Υγείας) πλησίον των οικισμών των Ρομά και η μη κοινωνική ένταξη και αφομοίωση τους έχουν συνδεθεί με χαμηλούς εμβολιαστικούς δείκτες. Δεν θα πρέπει να αγνοηθούν όμως και παράγοντες, όπως η ανεπαρκής προμήθεια εμβολίων και ο μικρός αριθμός υγειονομικού προσωπικού, δυσμενείς συνθήκες οι οποίες κορυφώνονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης (Paramichail et al., 2017)

Οι Ρομά χαρακτηρίζονται από απροθυμία για επίσκεψη στον ιατρό και ο συνηθέστερος λόγος για ιατρική εξέταση τους είναι η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών. Οι Έλληνες Ρομά παρότι διατηρούν το βιβλιάριο υγείας των παιδιών τους σε ποσοστό 70%–80%, αδυνατούν να ακολουθήσουν το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Ως επί το πλείστον για τους εμβολιασμούς των παιδιών τους επιλέγουν τις κοντινές προς αυτούς δημόσιες υγειονομικές δομές, όπως τα Κέντρα Υγείας και τα πολυιατρεία (Παπαμιχαήλ, 2018).

2.3. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και Ανισότητες στους Εμβολιασμούς

Η γενικευμένη παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008-2009 η οποία έπληξε μεγάλο αριθμό χωρών, δεν άφησε ανεπηρέαστη και την Ελλάδα, η οποία βιώνει ακόμα και σήμερα μια ιδιαίτερα βαθιά και μακροχρόνια οικονομική, αλλά και κοινωνικής φύσεως κρίση. Όπως είναι αυτονόητο οι ευάλωτες ομάδες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό βίωσαν και εξακολουθούν να βιώνουν εντονότερες ανισότητες και ιδιαίτερα ως προς αυτές που σχετίζονται με τις υγειονομικές ανάγκες τους. Κυριότερες γενεσιουργές αιτίες των ανισοτήτων αυτών είναι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων (Papaevangelou, 2014), η ανεργία και κατ' επέκταση η απώλεια σημαντικού μέρους του εισοδήματος κάθε νοικοκυριού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της μειονοτικής ομάδας των Ελλήνων Ρομά, όπου τα ποσοστά ανεργίας τους ανέρχονται στο 50%, με όλες τις ενδείξεις, κυρίως λόγω οικονομικής κρίσης να συνηγορούν υπέρ της μελλοντικής αύξησης των ποσοστών αυτών (Παπαμιχαήλ 2018).

Είναι γενικά αποδεκτό πως οι υγειονομικές ανάγκες των πληθυσμών των χωρών που μαστίζονται από την κοινωνικοοικονομική κρίση και πιο συγκεκριμένα αυτές που αναφέρονται στους παιδικούς εμβολιασμούς να έχουν δεχθεί μεγάλο πλήγμα. Τα χρόνια αυτά έκαναν την επανεμφάνιση τους σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και στην Ελλάδα σοβαρές επιδημίες οι οποίες είχαν εκλείψει για πολλές δεκαετίες χάριν των εμβολιασμών, όπως η διφθερίτιδα, η ιλαρά και η πολιομυελίτιδα. (Prevots et al., 1998).

Ευρήματα εθνικών μελετών για την παιδική εμβολιαστική κάλυψη (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013) υποδεικνύουν πως μέχρι το 2012 η οικονομική κρίση δεν φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση στην ανοσοποίηση, αλλά και στην έγκαιρη χορήγηση των περισσότερων εμβολίων στο γενικό πληθυσμό (Pavlopoulou et al., 2013). Παρόλα τα σκληρά μέτρα λιτότητας και τη δραστική μείωση των δημοσίων υγειονομικών δαπανών, τα εμβόλια εξαιρέθηκαν αυτής της επιθετικής πολιτικής, λόγω του βασικού ρόλου τους στην πρόληψη ασθενειών και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας (Georgakopoulou et al., 2017). Βάσει δεδομένων για την περίοδο 2004-2012 η Ελλάδα παρέμενε μια χώρα χαμηλής ενδημίας, με το 29,6% των αναφερόμενων περιπτώσεων ασθενειών να αποτελούνται από τους Ρομά (Mellou et al., 2015). Χάριν αυτής της σημαντικότητας τους, τα περισσότερα εμβόλια εξακολουθούν να αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία μέχρι και σήμερα (Μιχαλοπούλου, 2018).

Παρόλα ταύτα δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο και για τα Ελληνόπουλα Ρομά. Το επίπεδο ανοσοποίησης τους στην Ελλάδα κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά ποσοστά, γεγονός που σαφώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί συστηματικά, ιδιαιτέρως μέσα σε αυτή την περίοδο οικονομικής λιτότητας. Στην Ελλάδα η πλειοψηφία των παιδιών Ρομά εμβολιάζονται στα Κέντρα Υγείας τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως σε αγροτικές περιοχές. Από το 2006 λειτουργούν επίσης κοντά σε οικισμούς Ρομά, ιατροφαρμακευτικά κέντρα προκειμένου να τους εξασφαλίσουν υγειονομική φροντίδα (Paramichail et al., 2017).

Χαρακτηριστικό σημείο αναφοράς αποτελεί το γεγονός πως για όσα παιδιά Ρομά διαμένουν σε οικισμούς πλησίον των ιατροφαρμακευτικών κέντρων τα ποσοστά εμβολιασμών τους έχουν αυξηθεί. Όμως μετά τους αρχικούς εμβολιασμούς κάθε παιδιού, τα ποσοστά αυτά ακολουθούν φθίνουσα πορεία ως προς την συνέχιση και ολοκλήρωση του εμβολιαστικού προγράμματος. Κυριότερες αιτίες αποτελούν ο ανεπαρκής εφοδιασμός με εμβόλια και η έλλειψη προσωπικού, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης (Paramichail et al., 2017). Αυτές οι συνθήκες επιβεβαιώνονται και από τα ευρήματα της μελέτης του Παπαμιχαήλ και συν. (2013) τα οποία παρουσιάζουν πως κατά κύριο λόγο η λήξη των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων επέφερε έντονες δυσλειτουργίες στα ιατροφαρμακευτικά κέντρα, με συνέπεια τη διακοπή της εύρυθμης λειτουργίας τους. Μάλιστα μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον οικονομικής δυστοκίας πολλές από τις δράσεις για την προαγωγή υγείας του πληθυσμού των Ρομά ατόνησαν με συνέπεια την εξασθενημένη συμβολή τους στον τομέα της παιδικής ανοσοποίησης. Οι εκτιμήσεις είναι μάλλον απαισιόδοξες, καθώς οι δυσκολίες στην πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις υγειονομικές υπηρεσίες αναμένεται να γίνουν δυσχερέστερες, επιφέροντας αρνητικό αντίκτυπο στην ανοσοποίηση και το συνολικότερο επίπεδο υγείας των Ελληνόπουλων Ρομά (Karaniolos et al., 2013).

Ένας ακόμα τομέας στον οποίο έχει επιδράσει αρνητικά η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είναι αυτός της ιεράρχησης των προτεραιοτήτων από τους γονείς, καθιστώντας τους πιο απρόθυμους στο να πληρώνουν το κόστος επίσκεψης σε ιδιώτες ιατρούς, κυρίως ως προς τα λιγότερα καθιερωμένα εμβόλια (Georgakopoulou et al., 2017). Η Papaevangelou και συν. (2014) αναφέρει πως η απώλεια εργασίας και κατά συνέπεια της ασφάλισης των Ελλήνων έχει αποφέρει αρνητικές συνέπειες στο υγειονομικό πεδίο. Η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει πως χώρες που έχουν πληγεί από δυσμενείς οικονομικές συνθήκες διακατέχονται από αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Οι ερευνητές προτείνουν πως ίσως μία πιθανή αναθεώρηση του Εθνικού Προγράμματος εμβολιασμών να είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι η μη συμμόρφωση των πολιτών με το ΕΠΕ δεν προβλέπει την επιβολή κυρώσεων (Gottret et al., 2009).

Καθώς η κοινωνικοοικονομική αστάθεια εξακολουθεί να υφίσταται απαιτούνται συνεχείς ενέργειες βελτίωσης του τομέα της προληπτικής ιατρικής (Georgakopoulou et al., 2017). Στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που βιώνει η Ελλάδα είναι αναγκαία η ανάπτυξη και υλοποίηση μελετών πανελλήνιας εμβέλειας, σχετιζόμενες με τον προσδιορισμό του επίπεδου της εμβολιαστικής κάλυψης της μειονοτικής ομάδας των Ελλήνων Ρομά. Το όλο αυτό εγχείρημα δυνητικά μπορεί να αποτελέσει εφαλτήριο για τη χάραξη πολιτικών προαγωγής υγείας της ευάλωτης αυτής ομάδας, αλλά και ως προς τη γενικότερη ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων.

Κεφάλαιο Τρίτο: Εμβόλια

3.1. Ιστορική Αναδρομή Εμβολίων

Η ανακάλυψη και η χρήση των εμβολίων συνιστά ίσως το μεγαλύτερο επίτευγμα της ιατρικής που συντελέστηκε τον προηγούμενο αιώνα, ως προς την αντιμετώπιση των ιογενών και μικροβιακών λοιμώξεων, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στην προάσπιση της δημόσιας υγείας (Κρεμαστινού, 2007). Η ανάπτυξη των εμβολίων και η συστηματική χορήγηση τους έχει αποτελέσει τροχοπέδη απέναντι σε ασθένειες όπου εθεωρούντο μέχρι τότε ανίατες και πολλές εξ' αυτών οδηγούσαν ακόμα και στο θάνατο, όπως η πανώλη, ο επιδημικός τύφος, η ευλογιά και ο άνθρακας, σώζοντας εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές (Περσιάνης, 2011). Ο Panhuis (2013) αναδεικνύει πως από τη δεκαετία του 1920 τα εμβόλια προστάτευσαν 35 εκατομμύρια πληθυσμού από την ασθένεια της ιλαράς, 40 εκατομμύρια από τη διφθερίτιδα και συνολικά θωράκισαν 103 εκατομμύρια παιδιά από διάφορες παιδικές ασθένειες. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ το 1980 πιστοποιήθηκε ένα ιστορικό γεγονός, αυτό της εκρίζωσης της ευλογιάς (WHO, 2019). Όσον αφορά την Ελλάδα οι εμβολιασμοί καθιερώθηκαν με νόμο το 1835 (Κρεμαστινού, 2007).

Ήδη από το 400 π.Χ ο Ιπποκράτης αναφέρει και περιγράφει νόσους όπως η διφθερίτιδα, η παρωτίτιδα και ο ίκτερος. Το 430 π.Χ ο Θουκυδίδης παρατηρεί πως οι άνθρωποι που κατάφεραν να ξεπεράσουν θανατηφόρες ασθένειες, δεν νόσησαν για δεύτερη φορά (απόκτηση ανοσίας). Μία από τις πρώτες προσπάθειες ενάντια στα λοιμώδη νοσήματα, αν και αρκετά επικίνδυνα εντοπίζεται τον Μεσαίωνα στην Κίνα, όπου υγιείς άνθρωποι εκτίθονταν σε αποξηραμένες φλύκταινες της ευλογιάς. Στις αρχές του 18^{ου} αιώνα οι Έλληνες ιατροί Ιάκωβος Πυλαρινός και Εμμανουήλ Τιμόνης αποπειράθηκαν να ανοσοποιήσουν παιδιά, χορηγώντας τους ενδοδερμικά φλύκταινες ευλογιάς, επιτυγχάνοντας σχεδόν πλήρη ανοσία (Καραμπερόπουλος, 2006).

Μεγάλο βήμα προς την ασφαλή ενεργητική ανοσοποίηση αποτέλεσε η παρασκευή του εμβολίου ενάντια στην ευλογιά από τον Edward Jenner, αγροτικό ιατρό στην Βρετανία το 1796. Ο Jenner αντί να εκθέτει άμεσα τα άτομα στην ασθένεια της ευλογιάς χρησιμοποίησε ουσιαστικά τις αγελάδες ως ξενιστές, αναπτύσσοντας τα κατάλληλα αντιγόνα (Tognotti, 2010). Την τεχνική αυτή του εμβολιασμού την ονόμασε «vaccination» από τη λατινική λέξη vacca (αγελάδα). Η μέθοδος

του έγινε γνωστή ως «δαμαλισμός» και κρίθηκε ως η αποτελεσματικότερη ενάντια στην ασθένεια της ευλογιάς.

Ο πρώτος επιτυχημένος εμβολιασμός κατά της λύσσας διεξήχθη από τον πρωτοστάτη των εμβολιασμών Louis Pasteur το 1885, ο οποίος χορήγησε επιτυχώς στον Joseph Meister αντιλυσσικό εμβόλιο με εξασθενημένα στελέχη του ιού, σώζοντας τη ζωή του. Ο Pasteur παρόλο που δεν ήταν ιατρός με άδεια άσκησης επαγγέλματος πήρε αυτή την απόφαση λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης του εννιάχρονου παιδιού. Η θεαματική επιτυχία του εμβολιασμού αυτού, εφόσον το παιδί κατάφερε να διαφύγει εντελώς τον κίνδυνο, χάρισε στον Pasteur παγκόσμια φήμη και δόξα, θέτοντας τα θεμέλια για τη δημιουργία πολλών άλλων εμβολίων. Κατόπιν ιδρύθηκε το Ινστιτούτο Παστέρ στο οποίο έγινε και ο πρώτος διευθυντής του (Hajj et al., 2015).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα αναπτύχθηκαν τα εμβόλια κατά του τετάνου από τους Gaston Ramon και P. Descombey, όπως επίσης και αυτά του κοκκύτη και της διφθερίτιδας. Το 1921 παρασκευάστηκε το εμβόλιο ενάντια στη φυματίωση από τους Calmette και Guerin. Το 1937 ανακαλύπτεται το εμβόλιο κατά της γρίπης και ένα χρόνο αργότερα το 1938 ο Herald Cox παρασκεύασε το εμβόλιο κατά του επιδημικού τύφου, όπου επρόκειτο ουσιαστικά για μια βελτιωμένη εκδοχή της ανασφαλούς μεθόδου του Rudolf Weigl. Το 1955 ανακαλύφθηκε το εμβόλιο ενάντια στην πολιομυελίτιδα από τον Jonas Salk. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 άρχισαν να παράγονται τα εμβόλια του μηνιγγιτιδόκοκκου (πολυσακχαρικό εμβόλιο), το 1981 το εμβόλιο της ηπατίτιδας B και το 1983 το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου. Το 1986 παράχθηκε το εμβόλιο της ηπατίτιδας B (ανασυνδυσμένου DNA) και το 1987 το εμβόλιο του αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου b (Plotkin, 2014).

Χάρη στην εξέλιξη της βακτηριολογίας από τα μέσα έως σχεδόν τα τέλη του 20^{ου} αιώνα υπήρξε μαζική ανάπτυξη των εμβολίων κατά της ιλαράς – παρωτίτιδας (από τον Maurice Hilleman), ερυθράς (από τους Paul Parkman και Harry Meyer) ανεμοβλογιάς, ηπατίτιδας A, τετάνου, πανώλης, χολέρας και ροταϊού, καθώς κατέστη εφικτή η ανάπτυξη ιών σε δοκιμαστικό σωλήνα (in vitro) σε ζωικά κύτταρα (Κοτέλη, 2005). Ίσως ένα από τα πιο πρόσφατα εμβόλια που έχουν διατεθεί προς χρήση είναι αυτό κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων από τις φαρμακευτικές εταιρείες MSD και GSK με πρώτη χορήγηση το 2006 (Περσιάνης, 2011).

Τα εμβόλια τελευταίας γενιάς παρασκευάζονται από ανασυνδυσμένα και τροποποιημένα αντιγόνα παραγόμενα σε βακουλοϊό – ζυμομύκητες, παρέχοντας υψηλά επίπεδα ανοσίας. Η έρευνα έχει

επικεντρωθεί προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης πολυδύναμων και βραδείας απελευθέρωσης εμβολίων ώστε να αποφεύγονται οι συνεχείς και επαναλαμβανόμενες δόσεις. Αξίζει να σημειωθεί πως τα συμβατικά εμβόλια αδυνατούν να παράσχουν υψηλή προστασία απέναντι σε ισχυρές αντιγονικές νόσους και σε ιούς με υψηλή αντιγονική μετάλλαξη, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συνεχή έρευνα.

3.2. Εμβόλια και Ανοσία

3.2.1. Εμβόλια & Θωράκιση Έναντι της Νοσηρότητας - Θνησιμότητας

Δύο εκ των παρεμβάσεων που επέφεραν τα μεγαλύτερα θετικά αποτελέσματα στη δημόσια υγεία είναι το καθαρό νερό και τα εμβόλια. Τα εμβόλια συνιστούν τον καλύτερο και οικονομικά αποδοτικότερο τρόπο προστασίας απέναντι σε τουλάχιστον τριάντα λοιμώδη νοσήματα. Κάθε χρόνο εξοικονομούνται παγκοσμίως τεράστια χρηματικά ποσά από τους κρατικούς προϋπολογισμούς εξαιτίας της αποτροπής πολλών λοιμωδών νοσημάτων, αναπηριών και θανάτων, με άμεσο αντίκτυπο την αύξηση της παραγωγικότητας. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα των ΗΠΑ όπου το πρόγραμμα εκρίζωσης της ευλογιάς ενώ κόστισε περίπου 100 εκατομμύρια δολάρια, εξοικονομεί 1,35 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Bloom, 2005).

Το εμβόλιο είναι το υλικό που χορηγείται, ενώ η διαδικασία χορήγησης του εμβολίου και η ανάπτυξη ανοσίας συνιστούν την ανοσοποίηση. Ουσιαστικά ως εμβολιασμός μπορεί να προσδιοριστεί η διαδικασία ενεργούς ανοσίας που προκαλείται από τη χορήγηση του αντιγόνου (Κρεμαστινού 2007). Ο παράγοντας αυτός είναι ένας μικροοργανισμός που προκαλεί νόσηση και συνήθως διενεργείται μέσω εξασθενημένων ή νεκρών μορφών του μικροβίου, από τις επιφανειακές πρωτεΐνες ή τοξίνες του. Άμεσο επακόλουθο είναι η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού, αναγνωρίζοντας τον παράγοντα ως απειλή και καταστρέφοντας τον, με ελεγχόμενες όμως συνέπειες για τον οργανισμό. Απόρροια αυτού του μηχανισμού είναι ο εντοπισμός και η εξουδετέρωση από τον οργανισμό οποιουδήποτε από αυτούς τους μικροοργανισμούς συναντήσει και πάλι στο μέλλον. Κανόνα για τους εμβολιασμούς αποτελεί η συνθήκη πως όσο πιο πολύ μοιάζει με τη φυσική νόσο ένα εμβόλιο τόσο καλύτερη θα είναι η ανοσολογική απάντηση προς αυτό (Αναγνωστοπούλου, 2017).

Τα εμβόλια μπορούν να είναι προφυλακτικά ή θεραπευτικά και αποτελούν φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν: αντιγόνο – ανοσογόνο (immunogen), πρωτεΐνες – μεταφορείς του αντιγόνου (carrier proteins), αντιμικροβιακά (antibiotics), σταθεροποιητικές ουσίες (stabilizers), ανοσοενισχυτικές ουσίες (adjuvants), προσμίξεις υλικού καλλιέργειας, συντηρητικά (preservatives) κ.α (Φίλιας, 2018).

Αν και η αποτελεσματικότητα των εμβολίων έχει μελετηθεί και επαληθευθεί σε μεγάλη έκταση, όπως το εμβόλιο HPV, το εμβόλιο της ευλογιάς, το εμβόλιο της γρίπης (Fiore, 2010), δεν θα πρέπει να παραβλέπεται μία μεγάλη πραγματικότητα, πως δηλαδή κανένα εμβόλιο δεν θα πρέπει να θεωρείται απολύτως ασφαλές και κανένα εμβόλιο δεν είναι αποτελεσματικό 100%. Με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα τους είναι επιβεβλημένη η τήρηση των αρχών της χορήγησης των εμβολίων, βάσει των επισήμως συνιστώμενων σχημάτων εμβολιασμών και της απόλυτης προσήλωσης στους εμβολιασμούς, όλων όσων τους διεξάγουν (Φίλιας, 2018).

Οι εμβολιασμοί διενεργούνται σε ηλικιακό εύρος που εκκινεί από τη γέννηση έως και τα γηρατειά ενός ανθρώπου, προφυλάσσοντας από ασθένειες, όπως οι: ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά, διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, πολιομυελίτιδα, φυματίωση, γρίπη, ανεμοβλογιά, αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b, πνευμονιόκοκκο, μηνιγγιτιδόκοκκο, ηπατίτιδα Α και Β, λοιμώξεις από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) (Stern, 2016). Ορόσημα για τα επιτεύγματα των εμβολίων, χάριν των προγραμμάτων εμβολιασμών του ΠΟΥ και της διεθνούς συνεργασίας των κρατών, αποτελούν η πιστοποίηση της εκρίζωσης της ευλογιάς από τον πλανήτη το 1980, ο αφανισμός της πολιομυελίτιδας από την Ευρώπη το 2002 και το διάστημα 2000–2016 όπου προλήφθηκαν περίπου 20,4 εκατομμύρια θάνατοι από ιλαρά (WHO, 2018). Παγκοσμίως, τα εμβόλια αποτρέπουν περισσότερους από 2,5 εκατομμύρια παιδικούς θανάτους, ως απόρροια των 100 εκατομμυρίων ετήσιων εμβολιασμών.

Εδώ και παραπάνω από μία δεκαετία παρατηρείται όμως αύξηση του αριθμού των γονέων που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους, επηρεαζόμενοι κυρίως από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης τα οποία παρέχουν μη τεκμηριωμένη πληροφόρηση, όπως για παράδειγμα η απόπειρα σύνδεσης των εμβολίων με τον αυτισμό (Schechter & Grether, 2008). Ένα από τα επακόλουθα αυτής της διστακτικότητας ήταν η εμφάνιση επιδημίας ιλαράς στην Ευρώπη το 2016-2017.

Λόγω ότι η τήρηση των Εθνικών Εμβολιαστικών προγραμμάτων αποτελεί το κυριότερο μέσο θωράκισης του πληθυσμού απέναντι στη νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθίσταται αναγκαία η

καθολική αποδοχή τους παγκοσμίως, με σκοπό την επίτευξη υψηλών ποσοστών ανοσοποίησης. Επιπρόσθετα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι άρτια ενημερωμένοι σχετικά με τα ζητήματα που συνδέονται με τους εμβολιασμούς, ώστε να είναι σε θέση να αντικρούουν τα αυθαίρετα επιχειρήματα προερχόμενα από διάφορες πηγές, επηρεάζοντας την κοινή γνώμη. Δεν θα πρέπει όμως να υποβαθμίζεται και το γεγονός πως υπάρχουν ακόμα και σήμερα πληθυσμιακές ομάδες που δεν επωφελούνται των θετικών επιπτώσεων των εμβολιασμών, κυρίως λόγω του οικονομικού τους αποκλεισμού και ως επί το πλείστον στις υποανάπτυκτες χώρες.

3.2.2. Ανοσία & Συλλογική Ανοσία

Ως ανοσία μπορεί να οριστεί η συμμετοχή όλων των μηχανισμών που παρέχουν στον οργανισμό τις ικανότητες του εντοπισμού-αναγνώρισης, της εξουδετέρωσης και της απομάκρυνσης κάθε ξένης και επιβλαβούς ουσίας από αυτόν (Chuah et al., 2017). Ο οργανισμός αμύνεται ενάντια σε κάθε μορφής βλαπτικό παράγοντα, μέσω των αντισωμάτων τα οποία παράγονται από το ανοσοποιητικό σύστημα (innate immunity). Στις περιπτώσεις που αυτός ο φυσικός τρόπος άμυνας καθίσταται ανεπαρκής, με συνέπεια την πρόκληση λοιμώξεων, τότε δρα συμπληρωματικά η επίκτητη ανοσία. Όταν ο οργανισμός νοσεί τότε δημιουργεί μια διαρκή μελλοντική ανοσία ενάντια σε κάθε πιθανή νέα μόλυνση. Επομένως απαντώνται δύο μορφές ανοσίας, η φυσική-μη ειδική και η ειδική-επίκτητη ανοσία. Το στοιχείο που τις διαχωρίζει είναι ότι η μεν πρώτη προϋπάρχει πριν την επαφή με το λοιμογόνο παράγοντα, ενώ η δεύτερη αποκτάται κατόπιν της επαφής με το μικροβιακό παράγοντα (ή τον εμβολιασμό) (Παππά, 2012).

Η φυσική ανοσία αποτελεί μία μη ειδική ανοσία, καθώς αποτελεί το άθροισμα διαφόρων παραγόντων, κυτταρικών, ανατομικών, μεταβολικών που αποτελούν ανάχωμα στην είσοδο, τον πολλαπλασιασμό και τη διάχυση των μικροβίων. Ως εκ τούτου τα φαγοκύτταρα συνδυαστικά με άλλους παράγοντες, όπως οι κυτταροκίνες και άλλες πρωτεΐνες του πλάσματος δύνανται να αδρανοποιήσουν πολλές κατηγορίες βακτηρίων (Levinson, 2014), χωρίς να προϋπάρχει επαφή του οργανισμού με κάποιο παθογόνο παράγοντα. Όλοι αυτοί βέβαια οι μηχανισμοί ενεργοποιούνται όταν οι μικροβιακοί παράγοντες διαπεράσουν την πρώτη γραμμή άμυνας, η οποία απαρτίζεται από το δέρμα, τους βλεννογόνους, την οξύτητα του στομάχου, τους αντιμικροβιακούς παράγοντες που περιέχονται στο σάλιο, τα δάκρυα, τον ιδρώτα κ.α. (Immunization Handbook 2011· Κρεμαστινού 2007).

Στον αντίποδα η επίκτητη ανοσία (ειδική ανοσία) αποτελεί μια μορφή άμυνας που εστιάζει και ενεργεί κατά ενός συγκεκριμένου παθογόνου παράγοντα, παρέχοντας προστασία αυξημένης εξειδίκευσης, συνιστώντας την τρίτη γραμμή άμυνας του οργανισμού. Η επαφή των αντιγόνων με το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου προκαλεί δύο είδη ανοσιακής απόκρισης. Η μία μορφή είναι η χυμική ανοσία, όπου τα Β-λεμφοκύτταρα μετέχουν ως πλασματοκύτταρα, εκκρίνοντας ανοσοσφαιρίνες ή αντισώματα και τα οποία ακολούθως ελευθερώνονται στο αίμα. Η έτερη μορφή είναι η κυτταρική ανοσία, όπου τα Τ-λεμφοκύτταρα διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο επιτιθέμενα ενάντια στους μικροβιακούς παράγοντες. (Hamborsky et al., 2015)

Η επίκτητη ανοσία διαχωρίζεται στην ενεργητική και στην παθητική. Η ενεργητική ανοσία επιτυγχάνεται μέσω της παραγωγής αντισωμάτων από τον ίδιο τον οργανισμό. Επιτελείται κατόπιν της νόσησης του ατόμου μέσω της επαφής του με τον παθογόνο μικροοργανισμό (φυσικός τρόπος) ή μετά από εμβολιασμό (τεχνητός τρόπος). Ο εμβολιασμός ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα προκειμένου να παράγει αντισώματα, δημιουργώντας ανοσολογική μνήμη στον οργανισμό, δίχως όμως σε αυτή την περίπτωση να προκληθεί νόσηση. Κατόπιν του εμβολιασμού προκαλείται παραγωγή αντισωμάτων ή/και Τ-λεμφοκυττάρων με σκοπό την καταπολέμηση του λοιμογόνου παράγοντα που χορηγήθηκε με επακόλουθη συνέπεια την ανάπτυξη ενεργητικής ανοσίας, δίχως το άτομο να υποστεί τις επιπλοκές της νόσου (Hamborsky et al., 2015).

Σε αντιδιαστολή η παθητική ανοσία αναφέρεται στη μεταφορά αντισωμάτων (οροί αντισωμάτων) και αντιτοξινών από ένα άνοσο άτομο σε ένα μη άνοσο άτομο. Μπορεί να επιτευχθεί με φυσικό τρόπο από τη μητέρα προς το έμβρυο, μέσω του πλακούντα ή μέσω του θηλασμού στο νεογνό. Αυτή η μορφή ανοσίας, όπως προαναφέρθηκε μπορεί να συντελεστεί και με τεχνητό τρόπο, μέσω της χορήγησης έτοιμων αντισωμάτων (ανοσοσφαιρίνη) (Παππά, 2012).

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως μέσω της ενεργητικής ανοσοποίησης προστατεύεται αφενός ο κάθε εμβολιαζόμενος ξεχωριστά και αφετέρου η κοινωνία στο σύνολο της, μέσω της συλλογικής ανοσίας (herd immunity) (Siegrist, 2008). Η συλλογική ανοσία μέσω των εμβολιασμών αποτελεί ανοσιακή ασπίδα υπέρ της θωράκισης της δημόσιας υγείας, περιορίζοντας τις λοιμώξεις και αποτρέποντας την εκδήλωση επιδημιών (Fine et al., 2011).

Δεκάδες χιλιάδες άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως και πολλές εκατοντάδες χιλιάδες νοσηλεύονται εξαιτίας ασθενειών που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί μέσω των εμβολιασμών. Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) το κόστος που προέρχεται από αυτές τις

επιπλοκές ανέρχεται περίπου σε 10 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, επιβαρύνοντας σαφέστατα τις δαπάνες για την υγεία.

Ιδιάζουσας σημασίας βέβαια είναι ο προσδιορισμός του «κρίσιμου ποσοστού» των άνοσων ατόμων, δηλαδή ποιο θα μπορούσε να είναι το επίπεδο συλλογικής ανοσίας που δυνητικά μπορεί αποτρέψει την εμφάνιση επιδημίας για κάποια νόσο. Το «κρίσιμο ποσοστό» συλλογικής ανοσίας εξαρτάται από παράγοντες όπως η πυκνότητα, ο βαθμός συγχρωτισμού, η υγειονομική αντίληψη-συνείδηση του πληθυσμού αναφοράς, η μολυσματικότητα που χαρακτηρίζει το λοιμογόνο παράγοντα, η διάρκεια της περιόδου μεταδοτικότητας και το πλήθος των λοιμογόνων αιτιών (Παππά, 2012). Η προοπτική της αποφυγής της έκρηξης επιδημιών προϋποθέτει την επίτευξη ενός ποσοστού συλλογικής ανοσίας περίπου 80%-95% ανάλογα με τον πληθυσμό και το νόσημα (λ.χ. ιλαρά 90%-95%, ερυθρά και πολιομυελίτιδα 82%-87%,) (Anderson & May, 1991).

3.3. Κατηγορίες Εμβολίων και Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες τους

Τα εμβόλια διαχωρίζονται σε διάφορες τύπους, με τον καθένα εξ' αυτών να έχει σχεδιαστεί ώστε να διδάσκει στο ανοσοποιητικό σύστημα τον τρόπο με τον οποίο θα καταπολεμήσει ορισμένα είδη μικροβίων, αλλά και τις σοβαρές ασθένειες που δυνητικά μπορούν να επακολουθήσουν. Όταν οι επιστήμονες δημιουργούν εμβόλια εξετάζουν πώς το ανοσοποιητικό σύστημα αποκρίνεται στο εκάστοτε μικρόβιο, ποιος πρέπει να εμβολιασθεί ενάντια στο μικρόβιο και ποια είναι η καλύτερη τεχνολογία ή προσέγγιση που θα χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία του εμβολίου. Τα εμβόλια διαχωρίζονται σε: ζώντα εξασθενημένα εμβόλια (live-attenuated vaccines), αδρανοποιημένα (νεκρούς μικροοργανισμούς-inactivated vaccines), υπομονάδες, ανασυνδυασμένα, συζευγμένα και τοξοειδή εμβόλια (U.S. Department of Health, 2018).

Τα εμβόλια που αποτελούνται από ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς παρασκευάζονται από άγριους τύπους των βακτηρίων ή των ιών. Οι μικροοργανισμοί αυτοί τροποποιούνται σε εργαστήρια υπό ειδικές συνθήκες ώστε να απολέσουν τη λοιμογόνο δυναμική τους ή την ικανότητα τους να προκαλούν νόσηση, επιτρέποντας τους όμως να διατηρήσουν την ανοσολογική τους ικανότητα. Η εξασθένηση τους πραγματοποιείται μέσω της ανάπτυξης τους σε μη ανθρώπινα

κύτταρα και την έκθεση τους σε ακραίες περιβαλλοντικές συνθήκες, μέσω της τεχνικής του ανασυνδυασμένου DNA (Coleman, 2008). Οι εξασθενημένοι μικροοργανισμοί του εμβολίου πολλαπλασιάζονται εντός του ξενιστή. Τα περισσότερα εμβόλια χορηγούνται παρεντερικώς εκτός από αυτό της πολιομυελίτιδας που χορηγείται από το στόμα. Υπάρχουν όμως σε εξέλιξη δοκιμές ώστε κατηγορίες εμβολίων, όπως τα αντιγριπικά να μπορέσουν να χορηγηθούν και ενδορρινικώς.

Ως πλεονέκτημα τους μπορεί να χαρακτηριστεί η πρόκληση χυμικής και κυτταρικής ανοσίας χωρίς να απαιτείται η χορήγηση πολλαπλών δόσεων, εκτός ίσως από μίας επαναληπτικής δόσης, όπως σε περιπτώσεις όπου τα εμβόλια χορηγούνται από το στόμα. Η ανοσιακή απόκριση και η διάρκεια της ανοσίας που προκαλούν τα εμβόλια αυτά είναι δυναμικότερες και πιο παρατεταμένες από αυτές που προκαλούν τα αδρανοποιημένα εμβόλια (Clem, 2011). Στα μειονεκτήματα τους όμως πιστώνονται το πρόβλημα της ευαισθησίας του εξασθενημένου μικροοργανισμού από την έκθεση του σε φως και θερμότητα, το ενδεχόμενο εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα και στο γεγονός ότι είναι υπαρκτή η πιθανότητα να εξαλλαχθεί ο εξασθενημένος ιός εκ νέου σε λοιμογόνο (Burns et al., 2014). Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται τα ιογενή εμβόλια της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς, του κίτρινου πυρετού, όπως επίσης και τα βακτηριακά εμβόλια της φυματίωσης, του τυφοειδούς πυρετού και της πολιομυελίτιδας (το οποίο χορηγείται από το στόμα) (Ιατρονετ, 2018).

Τα αδρανοποιημένα εμβόλια χρησιμοποιούν τη νεκρωμένη έκδοση του παθογόνου μικροοργανισμού που προκαλεί την ασθένεια (U.S. Department of Health, 2018). Δημιουργούνται μέσω καλλιέργειας ιών ή βακτηρίων κατόπιν της χρήσης χημικών ουσιών (λ.χ. φορμαλδεΐδης, αλκυλιωτικών παραγόντων) ή θερμότητας (λ.χ βρασμό), ώστε να απολέσουν την ικανότητα πολλαπλασιασμού τους μέσα στον ξενιστή και θωρακίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον ξενιστή από την εμφάνιση της νόσου. Τα εμβόλια αυτά προκαλούν κυρίως την χυμική ανοσία (Bovier, 2008).

Τα αδρανοποιημένα εμβόλια βάσει της σύνθεσης τους διαχωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- ◆ Ολοκυτταρικά αδρανοποιημένα (whole-cell inactivated) με ιούς (viruses) και βακτήρια (bacteria).
- ◆ Τμήματα του βακτηρίου ή του ιού, τα οποία διαχωρίζονται περαιτέρω στα πρωτεϊνικά (τοξοειδή και με πρωτεϊνικές υπομονάδες) και τα πολυσακχαριδικά (σε απλά και συζευγμένα).
- ◆ Ανασυνδυασμένου DNA (Παπαμιχαήλ, 2018).

Τα πλεονεκτήματα των αδρανοποιημένων εμβολίων έγκεινται κυρίως στο ότι πρόκειται για σταθερά (χωρίς υπέρμετρο πολλαπλασιασμό) και ασφαλή εμβόλια, με μεγαλύτερη αντοχή στη

θερμοκρασία περιβάλλοντος δίχως να απαιτείται η ψύξη τους. Λόγω των πλεονεκτημάτων αυτών καθίστανται καταλληλότερα για χρήση σε μετακινούμενους πληθυσμούς και σε αναπτυσσόμενα κράτη. Ωστόσο μειονεκτούν στο ότι συνήθως έχουν υψηλό κόστος, μη δημιουργώντας ισχυρή ανοσία, με τη χορήγηση πολλαπλών δόσεων να καθίσταται απαραίτητη. Ως επί το πλείστον χρειάζονται 3 έως 5 δόσεις, με την προστατευτική ανοσία να αναπτύσσεται μετά τη 2η δόση. Όπως είναι φυσικό το πρόβλημα των επαναλαμβανόμενων δόσεων γίνεται πιο έντονο σε περιοχές με ελλιπή υγειονομική φροντίδα. Επιπρόσθετα δέχονται ελάχιστη επίδραση από τα κυκλοφορούντα αντισώματα και με την πάροδο του χρόνου συνήθως οι τίτλοι αντισωμάτων υποχωρούν (Φίλιας, 2018).

Τέτοιου είδους εμβόλια είναι τα ιογενή και βακτηριακά εμβόλια, όπως αυτά: της ηπατίτιδας Α και Β, της πανώλης, του ολοκυτταρικού κοκκύτη, της γρίπης, της πολιομυελίτιδας (παρεντερική χορήγηση), της λύσσας, της ιαπωνικής Β εγκεφαλίτιδας, της χολέρας, της διφθερίτιδας, του ακυτταρικού κοκκύτη (πρωτεϊνικές υπομονάδες), του αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου b, του τετάνου, του μηνιγγιτιδόκοκκου (πολυσακχαριδικά συζευγμένα), του πνευμονιόκοκκου (Ιατρον, 2018).

Τα ολοκυτταρικά εμβόλια έχουν ενοχοποιηθεί για ανάκτηση της παθογένειας του μικροβίου συνεπικουρούμενου από ανεπιθύμητες ενέργειες και για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί πιο εξελιγμένα εμβόλια, όπως αυτά των εμβολίων υπομονάδας (Plotkin, 2013). Τα εμβόλια υπομονάδας δεν αποτελούνται από ολόκληρο τον παθογόνο μικροοργανισμό, αλλά περιέχουν ένα ή περισσότερα συστατικά του. Συνήθως απαρτίζονται από πρωτεΐνες ή πολυσακχαρίτες και ανασυνδυασμένα πεπτίδια και θεωρούνται ασφαλή, λόγω της αδυναμίας πολλαπλασιασμού των παθογόνων που δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες καταστάσεις (Dudek et al., 2010).

Τα τοξοειδή εμβόλια συνθέτονται από αδρανοποιημένες τοξικές ενώσεις που προκαλούν τη νόσηση και όχι από τον ίδιο τον μικροοργανισμό και ως κυριότερο πλεονέκτημα τους χαρακτηρίζεται η υψηλή αποτελεσματικότητά τους. Τα ανασυνδυασμένα εμβόλια, όπως του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και της ηπατίτιδας Β παρασκευάζονται μέσω τεχνικών ανασυνδυασμένου DNA και πρόκειται ουσιαστικά για ειδικές πρωτεΐνες, παραγόμενες από γενετικά διαφοροποιημένα κύτταρα στα οποία έχουν τοποθετηθεί τμήματα DNA του παθογόνου, κωδικοποιώντας ένα συγκεκριμένο αντιγόνο (Αναγνωστοπούλου, 2017).

Η αντιγονική δυναμική των εμβολίων ενισχύεται μέσω ανοσοενισχυτικών παραγόντων και η παρεμπόδιση ανάπτυξης μικροβίων επιτυγχάνεται μέσω συντηρητικών και σταθεροποιητικών παραγόντων. Τα εμβόλια συνήθως χορηγούνται σε συνδυασμούς αντιγόνων, όπως διδύναμα (λ.χ. διφθερίτιδας-τετάνου), τριδύναμα (λ.χ. MMR) ή πολυδύναμα (λ.χ. DTaP-IPV-Hib-HepB) (Παπαμιχαήλ, 2018).

Πρέπει να τονισθεί πως τα εμβόλια που περιλαμβάνονται στα Εθνικά Εμβολιαστικά Προγράμματα θεωρούνται ασφαλή και αποτελεσματικά. Εντούτοις όπως συμβαίνει και με όλα τα υπόλοιπα φαρμακευτικά σκευάσματα, δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως:

- αντιδράσεις σχετιζόμενες με την ποιότητα του εμβολίου
- επιπλοκές συνδεδεμένες με το προϊόν του εμβολίου
- αντιδράσεις που προκαλούνται από το άγχος της ανοσοποίησης
- αντιδράσεις λόγω σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της ανοσοποίησης
- συμπτωματικά γεγονότα

Παρότι οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ήπιου βαθμού (λ.χ κεφαλαλγία, πόνος, πυρετός, κνησμός, εξανθήματα) έχουν παρατηρηθεί και σοβαρότερες αντιδράσεις, όπως αυτή της αναφυλαξίας (Smith et al., 2017).

3.4. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών

Πολλές χώρες παγκοσμίως εφαρμόζουν ένα χρονοδιάγραμμα βασικών εμβολιασμών εναρμονισμένου με τις διεθνείς οδηγίες και τα τρέχοντα επιδημιολογικά δεδομένα, αποσκοπώντας στην επίτευξη αρκετά υψηλών επιπέδων συλλογικής ανοσίας. Οι εμβολιασμοί αυτοί υπέρ της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας συνθέτουν το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) κάθε χώρας και η συμπερίληψη τους ή μη, στοιχειοθετείται βάσει της οικονομικής δυνατότητας της εκάστοτε χώρας, της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας, αλλά και των επιδημιολογικών στοιχείων των νόσων του πληθυσμού της (Παππά, 2012).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα βασικά εμβόλια που περιλαμβάνονται στα Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμών είναι αυτά της διφθερίτιδας, της ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας, του κοκκύτη, του τετάνου, της πολιομυελίτιδας, της φυματίωσης, της ηπατίτιδας Β. Σε αντιδιαστολή στις αναπτυγμένες χώρες οι βασικοί εμβολιασμοί περιλαμβάνουν επιπρόσθετα εμβόλια. Το 1974 ο ΠΟΥ καθιέρωσε το Διευρυμένο Πρόγραμμα Εμβολιασμών (EPI), ως απόρροια της σύστασης

πολλών νέων εμβολίων. Έως το 1985 το εμβολιαστικό πρόγραμμα του ΠΟΥ εφαρμοζόταν από τις περισσότερες χώρες παγκοσμίως (WHO, 2017).

Όσον αφορά την Ελλάδα το εμβολιαστικό πρόγραμμα καθορίζεται από το ΕΠΕ παιδιών και εφήβων, όπως αυτό διαμορφώνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών η οποία συνέρχεται κάθε χρόνο για την αναθεώρηση του, σκοπεύοντας είτε στην προσθήκη νέων εμβολίων είτε στην τροποποίηση των υαρχόντων. Ακολούθως η Επιτροπή προωθεί το Πρόγραμμα Εμβολιασμών στο Υπουργείο Υγείας προς έγκριση ή περαιτέρω τροποποίηση, με τελικό στόχο τη δωρεάν παροχή των εμβολίων στους πολίτες (Κρεμαστινού, 2007).

Το ΕΠΕ τα τελευταία χρόνια εμπλουτίζεται διαρκώς με όλο και περισσότερα εμβόλια με την τελευταία επικαιροποίηση του να πραγματοποιείται το Μάιο του 2017. Τα εμβόλια που εμπεριέχονται σήμερα στο ΕΠΕ παιδιών και εφήβων, χωρίς ειδικά προβλήματα υγείας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 (Υπουργείο Υγείας, 2017). Αξίζει να σημειωθεί πως η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της εκάστοτε μελέτης, όπως και της παρούσης γίνεται πάντα με γνώμονα τόσο του χρόνου ένταξης κάθε εμβολίου στο ΕΠΕ όσο και του αριθμού των συνιστώμενων δόσεων ανά ηλικία των εμβολιαζόμενων.

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων (2017) *

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	7-10 ετών	11-12 ετών	13-15 ετών	16-18 ετών	
Ηπατίτιδας Β (γέννηση) (HepB) ¹		HepB	HepB	HepB	HepB 3 ή 4 δόσεις			HepB									
HepB όταν δεν γίνει στη γέννηση ¹			HepB	HepB	HepB 3 δόσεις			HepB									
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό Κοκκύτη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7 ετών) ²			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	Tdap-IPV	Tdap-IPV ή Tdap	Tdap-IPV ή Tdap			
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) ³			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib			Hib						
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ⁴			IPV	IPV	IPV			IPV	IPV	IPV							
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο (PCV) ⁵			PCV	PCV	PCV	PCV	PCV			PCV13							
Πνευμονιόκοκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) ⁶												PPSV23					
Μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδας C συζευγμένο (MCC) ⁷						MCC 1 δόση	MCC 1 δόση										
Μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδων A,C,W135,Υ συζευγμένο (Men ACWY) ⁷			Men ACWY	Men ACWY	MenACWY 1 δόση											MenACWY 1 δόση	
Μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδας Β πρωτεϊνικό (MenB-4C) ⁸			Σε ομάδες αυξημένου κινδύνου														
Ιλαράς, Παριτιτίδας, Ερυθράς (MMR) ⁹						MMR 1 ^η δόση	MMR	MMR 2 ^η	MMR	MMR							
Ανεμευλογιάς (VAR) ¹⁰						VAR 1 ^η δόση	VAR	VAR 2 ^η	VAR	VAR							
Ηπατίτιδας Α (HepA) ¹¹						HepA 2 δόσεις		HepA									
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ¹²												HPV 2 δόσεις	HPV 3 δόσεις				
Φυματίωσης (BCG) ¹³		BCG															
Γρίπης ¹⁴		Ετησίως σε ομάδες αυξημένου κινδύνου															
Ρότα ιού (RV) ¹⁵			RV1 ή RV5	RV1 ή RV5	RV5												

* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιгодύναμων.
 Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας
 Συστήνονται σε άτομα που καθυστερήσαν να εμβολιαστούν
 Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε ομάδες αυξημένου κινδύνου)
 Δεν συστήνονται

Κεφάλαιο Τέταρτο: Μεθοδολογία

4.1. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των υγειονομικών ανισοτήτων που βιώνουν οι Ρομά σε σχέση με τη διενέργεια των παιδικών εμβολιασμών τους, καθώς και στην εκτίμηση των ποσοστών εμβολιασμών μεταξύ των Ελληνόπουλων και των Ελληνόπουλων Ρομά για όσα εμβόλια συστήνει το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, στην ευρύτερη περιοχή της νοτιοδυτικής Ελλάδας.

Η επίτευξη του σκοπού της έρευνας διενεργείται μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου συλλογής πρωτογενών δεδομένων, συνδυαστικά με τη λήψη πληροφοριών από το «Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού», καθώς η πλειοψηφία των παιδικών εμβολιασμών (>98%) καταγράφονται στο Βιβλιάριο Υγείας, γεγονός που το καθιστά αξιόπιστο εργαλείο άντλησης πληροφοριών (Περηφάνου και συν., 2002).

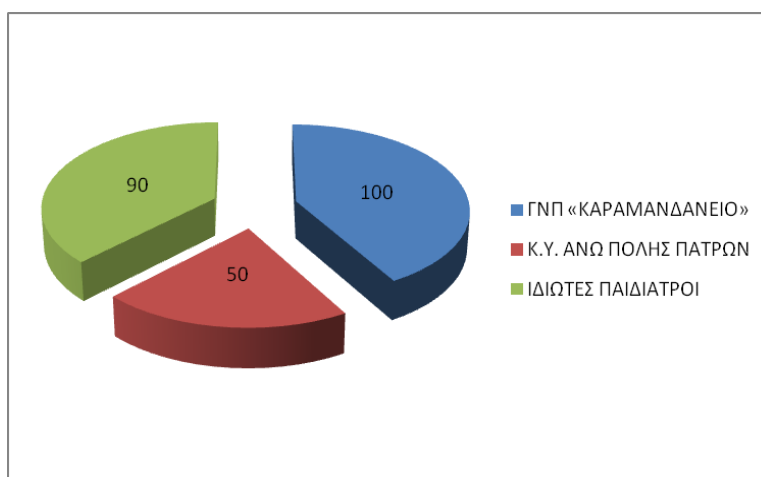
Η μελέτη χρησιμοποιώντας, περιγράφοντας και συγκρίνοντας ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2019) επιχειρεί να απαντήσει στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Υπάρχει διαφορά στα ποσοστά εμβολιασμών μεταξύ των δύο υπό εξέταση πληθυσμών και ποια είναι αυτά τα ποσοστά (θα γίνει σύγκριση των στατιστικών αυτών);
- β) Είναι σημαντική αυτή η διαφορά, ώστε να προκύπτουν ανισότητες;
- γ) Εφόσον υπάρχει διαφορά στα ποσοστά, ποιοι είναι οι παράγοντες που ευθύνονται για την ύπαρξη ανισοτήτων.

4.2. Δείγμα & Πληθυσμός της Έρευνας

Στην παρούσα μελέτη διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια στις δημόσιες υγειονομικές Μονάδες του ΓΝΠΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» και του Κ.Υ ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ, αλλά και σε ιδιωτικά ιατρεία, ώστε να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, καθώς σύμφωνα και με τα

ευρήματα της εθνικής μελέτης του 2012 σχετικά με την εμβολιαστική κατάσταση των παιδιών, το 65%–70% των παιδικών εμβολιασμών διενεργούνται στον ιδιωτικό τομέα (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013). Όσον αφορά τις εν λόγω δημόσιες δομές, αυτές επιλέχθηκαν επειδή αποτελούν σημαντική πηγή άντλησης δεδομένων όσον αφορά τους Ρομά, χάριν της υψηλής επισκεψιμότητας τους. Διανεμήθηκαν συνολικά 240 ερωτηματολόγια (Γράφημα 1) με ποσοστό απόκρισης 85% (Πίνακας 2).



Γράφημα 1. Διανεμηθέντα ερωτηματολόγια ανά τομέα.

Πίνακας 2. Συνολική απόκριση μελέτης

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	ΔΙΑΝΕΜΗΘΕΝΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΚΡΙΣΗ	ΑΠΟΚΡΙΣΗ %
ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»	100	83	83%
Κ.Υ. ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ	50	43	86%
ΙΔΙΩΤΕΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	90	78	86,67%
ΣΥΝΟΛΟ	240	204	85%

Για τον καθορισμό του πληθυσμού της έρευνας εφαρμόστηκε δειγματοληψία σωρού διαστρωμάτωσης, επικεντρωμένη στον πληθυσμό της ευρύτερης περιοχής της νοτιοδυτικής Ελλάδας. Το δείγμα αποτέλεσαν παιδιά και των δύο φύλων, ηλικίας 2-14 ετών, τα οποία νοσηλεύτηκαν ή επισκέφθηκαν το ΓΝΠΠ«ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ», το Κ.Υ ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ και τα ιατρεία ιδιωτών παιδιάτρων της ευρύτερης περιοχής της πόλης της Πάτρας. Οι τρεις αυτές πηγές λήψης του δείγματος αποτέλεσαν και τις συστάδες. Στη συνέχεια κατόπιν διαστρωμάτωσης σε δύο ομάδες, αυτής των Ελληνόπουλων (μη ειδική ομάδα) και των Ελληνόπουλων Ρομά (ειδική ομάδα) επιλέχθηκαν τα παιδιά μέσω απλής τυχαίας δειγματοληψίας.

Η επιλογή του συγκεκριμένου ηλικιακού εύρους καθορίστηκε βάσει του ΕΠΕ, καθώς στα παιδιά ηλικίας 2 ετών έχει χορηγηθεί το βασικό κύμα εμβολιασμών, ενώ στην ηλικία των 14 ετών έχουν σχεδόν ολοκληρωθεί οι παιδικοί εμβολιασμοί. Αποκλείστηκαν 4 παιδιά πρόωρων τοκετών και 7 παιδιά τα οποία αντιμετώπιζαν προβλήματα με διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Επιπρόσθετα επιβλήθηκε διακοπή της συμμετοχής στη μελέτη σε 2 παιδιά, τα οποία ταυτόχρονα συμμετείχαν και σε άλλες έρευνες.

4.3. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων - Περιγραφή Ερευνητικών Εργαλείων

Η μελέτη σχεδιάστηκε ως συγχρονική έρευνα (cross-sectional study), καθώς μετρήθηκαν παράμετροι συγκεκριμένων υπό μελέτη πληθυσμών σε μία δεδομένη χρονική στιγμή (στιγμιαία αποτύπωση). Χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο συλλογής πρωτογενών ποιοτικών (λ.χ το φύλο) και ποσοτικών (λ.χ η ηλικία) δεδομένων, ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο στην Ελληνική γλώσσα, με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Επιπρόσθετα συμπεριλήφθηκαν διατάξιμες απαντήσεις της κλίμακας Likert πέντε σημείων για την απεικόνιση των απόψεων και στάσεων των ερωτώμενων για τους εμβολιασμούς, με απώτερο σκοπό την απάντηση των ερευνητικών προβλημάτων.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε κατόπιν συλλογής δεδομένων και πληροφοριών μέσω ατομικών συνεντεύξεων με γονείς, αλλά και από στοιχεία Εθνικών μελετών, όπως αυτών του 2012 και 2006 οι οποίες διερεύνησαν το παιδικό εμβολιαστικό επίπεδο (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013 · Παναγιωτόπουλος και συν., 2009). Η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου με περίπου

30 συμμετέχοντες κρίθηκε απαραίτητη, ώστε να εξακριβωθεί ο χρόνος συμπλήρωσης του, η ακρίβεια του, ο βαθμός αξιοπιστίας-εγκυρότητας του και η διόρθωση τυχουσών ελλείψεων και λαθών και ακολούθως διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες.

Επιλέχθηκε η χρήση ερωτηματολογίου καθώς συνιστά κύριο εργαλείο μέτρησης, αλλά και ένα καλά δομημένο όργανο συνέντευξης. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου καταγράφηκαν δημογραφικά-κοινωνικά στοιχεία, ενώ το δεύτερο μέρος αποτελείτο από κλειστές-ανοικτές ερωτήσεις και διατάξιμες απαντήσεις, εστιασμένες στα ζητήματα των ανισοτήτων στους εμβολιασμούς. Τα δεδομένα που αντλήθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου αφορούσαν οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στοιχεία σχετικά με την ασφάλιση των παιδιών, απόψεις των γονέων σχετικά με τους παιδικούς εμβολιασμούς, στοιχεία του ατομικού ιατρικού ιστορικού κάθε παιδιού και δυσχέρειες-προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς ως προς τη διενέργεια των εμβολιασμών.

Συμπληρωματικά με το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού» (167 παιδιών), ώστε να συλλεχθούν στοιχεία σε σχέση με την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών, αλλά και ως επιβεβαίωση των απαντήσεων που έδωσαν οι γονείς στα ερωτηματολόγια. Τα στοιχεία από το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού» πάρθηκαν κατόπιν προφορικής συγκατάθεσης των γονέων, εφόσον προηγουμένως ο ερευνητής τους διαβεβαίωσε πως τα συλλεχθέντα δεδομένα θα παραμείνουν απόρρητα και στην αποκλειστική κατοχή του.

4.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Συλλέχθηκαν επίκαιρα-στοχευμένα πρωτογενή δεδομένα μέσω μεθόδων αυτοαναφοράς (αυτοσυμπληρούμενα και μη ερωτηματολόγια) με ερωτώμενους τους γονείς των παιδιών, από το ΓΝΠΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ», την Μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Κ.Υ. ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ και από ιατρεία ιδιωτών παιδιάτρων της ευρύτερης περιοχής της πόλης των Πατρών, εκκινώντας από την 1η Ιανουαρίου 2019 έως την 20η Φεβρουαρίου 2019.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος Ελληνόπουλα και Ελληνόπουλα Ρομά και των δύο φύλων από την ευρύτερη περιοχή της νοτιοδυτικής Ελλάδας, ηλικίας 2-14 ετών, τα οποία επισκέφθηκαν ή νοσηλεύτηκαν στις προαναφερθείσες δημόσιες Υγειονομικές Μονάδες και τα ιατρεία ιδιωτών

παιδιάτρων. Αποκλείστηκαν 7 παιδιά με διαταραχές του ανοσοποιητικού τους συστήματος, 4 παιδιά πρόωρων τοκετών και 2 παιδιά τα οποία συμμετείχαν ταυτόχρονα και σε άλλες έρευνες.

Τα ερωτηματολόγια συνοδεύτηκαν από έντυπο συγκατάθεσης, αποσκοπώντας στην τήρηση των δεοντολογικών διαδικασιών και στην εξασφάλιση της εθελοντικής συμμετοχής των υποκειμένων, το οποίο επιπρόσθετα εμπεριείχε γενικές πληροφορίες σχετικά με τον ερευνητή, αλλά και τα στοιχεία επικοινωνίας του. Πέραν του εντύπου, όλες οι απαραίτητες διευκρινίσεις για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εδόθησαν από τον ίδιο τον ερευνητή.

Επιπρόσθετα οι γονείς ενημερώθηκαν μέσω του εντύπου πως τα ατομικά τους οφέλη από την έρευνα θα εστιαστούν στο πεδίο της ενημέρωσης τους για ζητήματα των εμβολιασμών που πιθανώς δεν γνωρίζουν και πως η συμμετοχή τους δυνητικά μπορεί να συνδράμει στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας της κοινότητας. Τους ζητήθηκε να απαντούν με ειλικρίνεια και να διαβάζουν προσεκτικά τις οδηγίες πριν από κάθε απάντηση και πως τους παρέχεται η δυνατότητα να διακόψουν τη συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν. Από τη συμμετοχή τους στην έρευνα οι γονείς δεν επωφελήθηκαν κάποιου χρηματικού ποσού, όπως επίσης δεν επιβαρύνθηκαν με οποιασδήποτε μορφής έξοδα. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για να απαντηθεί το κάθε ερωτηματολόγιο ήταν κατά μέσο όρο 15-20 λεπτά.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν, όπως επίσης και συλλέχτηκαν από τον ερευνητή, κατόπιν διάζωσης συναντήσεων με τους κηδεμόνες των παιδιών. Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους γονείς, αλλά υπήρξαν και εξαιρέσεις όπου τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τον ερευνητή μέσω απευθείας συνομιλίας του με τους γονείς, στο χώρο των Υγειονομικών Μονάδων και των ιδιωτικών ιατρείων (λ.χ περιπτώσεις αναλφάβητων γονέων).

4.5. Ηθική - Δεοντολογία & Εγκρίσεις Διεξαγωγής της Έρευνας

Προτού διανεμηθούν τα ερωτηματολόγια ο ερευνητής αιτήθηκε και έλαβε γραπτώς, άδειες για τη διεξαγωγή της έρευνας, από τα επιστημονικά συμβούλια της Διοίκησης της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και του Γ.Ν.Π.Π «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» (Παράρτημα).

Με κύριο μέλημα την προστασία των συμμετεχόντων από παντός τύπου έκθεσης, αλλά και την διασφάλιση-προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας των άλλων ερευνητών, πάρθηκαν μέτρα ηθικής-δεοντολογίας, βασιζόμενα κυρίως στην διακήρυξη του Ελσίνκι (Τζαβέλα, 2010). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας, ότι θα προστατευτεί αυστηρά η ανωνυμία τους και πως στο ερωτηματολόγιο δεν θα τους ζητηθεί να καταγράψουν προσωπικά τους στοιχεία. Τους επισημάνθηκε επίσης πως η εμπιστευτικότητα των όσων απάντησαν θα τηρηθεί αυστηρά και πως τα στοιχεία που καταχώρησαν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

4.6 Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε η επαγωγική στατιστική, όπως το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test, όπου κρίθηκε απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Κεφάλαιο Πέμπτο: Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά & Τόπος Συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου

Το δείγμα αποτελείται από τους γονείς 204 παιδιών, από τα οποία τα 107 (52,5%) ήταν Έλληνες και τα υπόλοιπα 97 (47,5%) ήταν Έλληνες Ρομά. Στον πίνακα 3 δίνονται τα δημογραφικά και οικογενειακά στοιχεία των παιδιών, ξεχωριστά για τις δύο ομάδες.

Πίνακας 3. Δημογραφικά – οικογενειακά στοιχεία Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

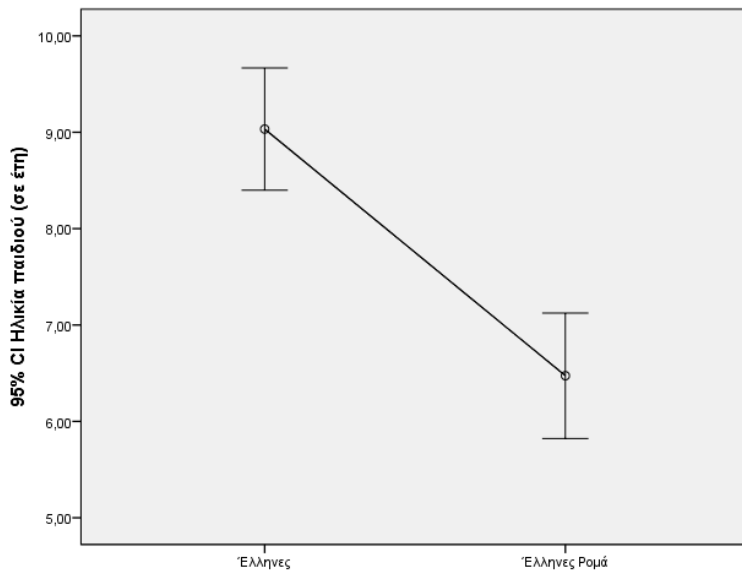
		Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Φύλο παιδιού	Αγόρι	58	54,2	62	63,9	0,159
	Κορίτσι	49	45,8	35	36,1	
Ηλικία παιδιού (σε έτη), μέση τιμή (SD)		9,0 (3,3)		6,5 (3,2)		<0,001 ⁺⁺
Οικογενειακή κατάσταση γονέα	Έγγαμος	92	86,8	75	77,3	0,065 ⁺
	Άγαμος	1	0,9	7	7,2	
	Χωρισμένος/η	11	10,4	10	10,3	
	Χήρος/α	2	1,9	5	5,2	
Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέα	Χωρίς εκπαίδευση	0	0,0	79	81,4	<0,001
	Απόφοιτος/η δημοτικού	0	0,0	14	14,4	
	Απόφοιτος/η γυμνασίου	8	7,5	4	4,1	
	Απόφοιτος/η Λυκείου/ ΤΕΕ/ ΙΕΚ	41	38,3	0	0,0	
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	28	26,2	0	0,0	
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	21	19,6	0	0,0	
	Μεταπτυχιακό	9	8,4	0	0,0	

⁺Fisher's exact test ⁺⁺Student's t-test

Η πλειοψηφία των παιδιών και στις δύο ομάδες ήταν αγόρια με τα ποσοστά να είναι 54,2% για τους Έλληνες και 63,9% για τους Έλληνες Ρομά. Η μέση ηλικία των Ελλήνων ήταν 9,0 έτη (SD=3,3 έτη) ενώ των Ελλήνων Ρομά ήταν σημαντικά χαμηλότερη και ίση με 6,5 έτη (SD=3,2 έτη). Το 86,8% των Ελληνόπουλων είχαν έγγαμους γονείς, όπως και το 77,3% των Ελληνόπουλων Ρομά. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, οι Έλληνες είχαν γονείς με σημαντικά

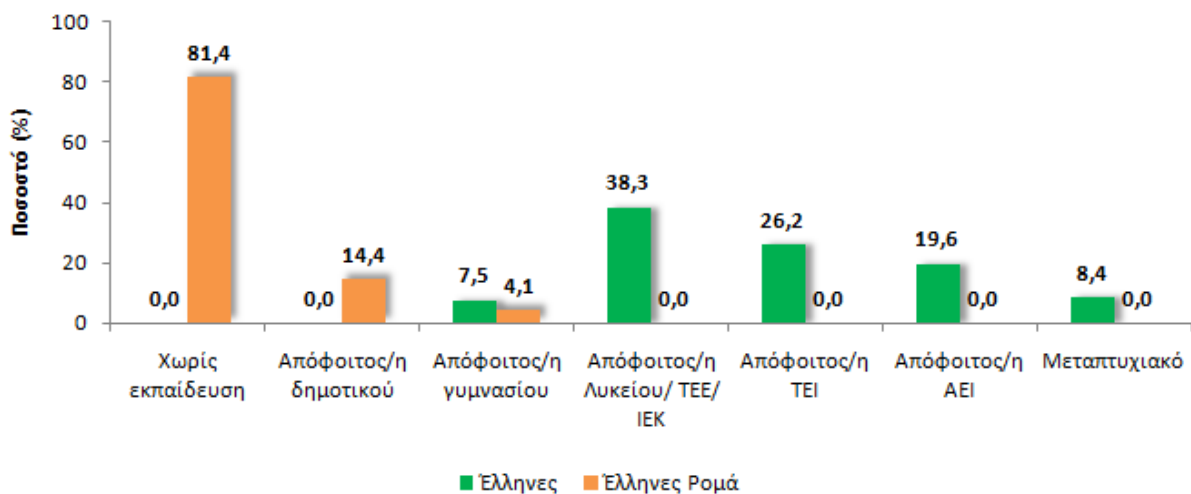
υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά. Συγκεκριμένα, το 81,4% των Ελλήνων Ρομά είχε γονείς που δεν είχαν καμία εκπαίδευση, ενώ το 92,5% των Ελλήνων είχε γονείς που ήταν το λιγότερο απόφοιτοι λυκείου/ΤΕΕ/ΙΕΚ.

Στο γράφημα 2 που ακολουθεί δίνεται η ηλικία των παιδιών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 2. Ηλικία Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.

Στο γράφημα 3 δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων των παιδιών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.

Στον πίνακα 4 δίνεται το επάγγελμα του γονέα των παιδιών που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, ξεχωριστά για τις δύο ομάδες.

Πίνακας 4. Επάγγελμα γονέων των Ελληνόπουλων και των Ελληνόπουλων Ρομά που συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια

Επάγγελμα γονιού	Ομάδα			
	Έλληνες		Έλληνες Ρομά	
	N	%	N	%
Αγρότης	0	0,0	6	6,2
Άνεργος	4	3,7	26	26,8
Βοηθός Φαρμακοποιού	1	0,9	0	0,0
Δασκάλα	3	2,8	0	0,0
Δημόσιος Υπάλληλος	19	17,8	0	0,0
Εκπαιδευτικός	7	6,5	0	0,0
Ελ. Επαγγελματίας	1	0,9	0	0,0
Έμπορος	2	1,9	9	9,3
Εργάτης	0	0,0	1	1,0
Ιατρός	2	1,9	0	0,0
Ιδιοκτήτης Ψητοπωλείου	1	0,9	0	0,0
Ιδιωτ. Υπάλληλος	13	12,1	0	0,0
Καθαρίστρια	1	0,9	0	0,0
Κομμώτρια	1	0,9	0	0,0
Κτηνίατρος	1	0,9	0	0,0
Λαϊκή	0	0,0	5	5,2
Λογιστής	4	3,7	0	0,0
Μικροβιολόγος	1	0,9	0	0,0
Μουσικός-Έμπορος	1	0,9	0	0,0
Νοσηλεύτρια	1	0,9	0	0,0
Νοσηλεύτρια	3	2,8	0	0,0
Ντελίβερι	0	0,0	1	1,0
Οδηγός	0	0,0	1	1,0
Οικιακά	16	15,0	38	39,2
Πολιτικός μηχανικός	1	0,9	0	0,0
Πουλάω χαλιά	0	0,0	2	2,1
Πωλητής	0	0,0	1	1,0
Σιδεράς	0	0,0	1	1,0
Σιδηρουργός	0	0,0	1	1,0
Στρατιωτικός	7	6,5	0	0,0
Υγειονομικός	1	0,9	0	0,0
Φαρμακοποιός	3	2,8	0	0,0
Χημικός Φαρμάκων	1	0,9	0	0,0
Ψησταριά	0	0,0	1	1,0

Στοιχεία που αφορούν στη διαμονή των παιδιών δίνονται στον πίνακα 5 που ακολουθεί, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 5. Τόπος διαμονής Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Νομός	Αιτωλοακαρνανίας	1	0,9	1	1,0	-
	Αρκαδίας	0	0,0	1	1,0	
	Αχαΐας	85	79,4	77	79,4	
	Ηλείας	0	0,0	11	11,3	
	Καρδίτσας	0	0,0	1	1,0	
	Κορινθίας	0	0,0	1	1,0	
	Μεσσηνίας	0	0,0	3	3,1	
Τόπος διαμονής γονέα	Πόλη	56	52,8	48	50,0	0,070
	Κωμόπολη	38	35,8	26	27,1	
	Χωριό	12	11,3	22	22,9	
Πόσα άτομα μένετε μαζί με το παιδί στο ίδιο σπίτι, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		4,2 (1,2)	4 (4 - 5)	6,9 (2,4)	6 (5 - 8)	<0,001++
Είναι επικίνδυνο το περιβάλλον στο οποίο κατοικείτε (λ.χ κακή κατάσταση σπιτιού, ύπαρξη τροφτικών κλπ)	Όχι	107	100,0	46	47,4	<0,001
	Ναι	0	0,0	51	52,6	
Εάν "ΝΑΙ" Αναφέρετε τον/τους κίνδυνο/νους	Άγνωστα άτομα κοντά στο σπίτι	0	0,0	2	2,1	
	Δεν είναι ασφαλές	0	0,0	1	1,0	
	Δεν έχουμε ζεστό νερό και τουαλέτες	0	0,0	1	1,0	
	Δεν έχουμε θέρμανση	0	0,0	3	3,1	
	Δεν κλειδώνουν οι πόρτες	0	0,0	1	1,0	
	Είναι κρύο	0	0,0	1	1,0	
	Είναι μακριά απο τα κοντινά σπίτια	0	0,0	1	1,0	
	Επικίνδυνο να πέσει	0	0,0	1	1,0	
	Ζημιές στο σπίτι απο σεισμό	0	0,0	1	1,0	
	Ζωύφια	0	0,0	1	1,0	
	Καταυλισμός	0	0,0	2	2,1	
	Μικρόβια	0	0,0	1	1,0	
	Παλιό σπίτι	0	0,0	10	10,3	
	Παράγκα	0	0,0	12	12,4	
	Πέφτουν σοβάδες	0	0,0	1	1,0	
	Πολλά ζώα	0	0,0	1	1,0	
	Ποντίκια	0	0,0	3	3,1	
	Στάζει νερό μέσα στο σπίτι	0	0,0	1	1,0	
	Το σπίτι έχει ζημιές	0	0,0	1	1,0	
	Υγρασία, τροφτικά, πέφτουν τοίχοι	0	0,0	1	1,0	
Φίδια μπαίνουν στην παράγκα	0	0,0	1	1,0		

++Mann-Whitney test

Ο τόπος διαμονής του γονέα ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες, καθώς το 52,8% από την ομάδα των Ελλήνων και το 50,0% από την ομάδα των Ελλήνων Ρομά έμενε σε πόλη. Ο αριθμός των ατόμων που έμεναν μαζί με τα παιδιά στο ίδιο σπίτι ήταν σημαντικά υψηλότερος στην ομάδα των Ελλήνων Ρομά, όπως και το ποσοστό εκείνων που κατοικούσαν σε επικίνδυνο περιβάλλον.

Στον πίνακα 6 δίνεται το μέρος που βρέθηκαν οι γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 6. Μέρος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου του υπό μελέτη πληθυσμού

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Κατηγορία	Ιδιώτες παιδίατροι	63	58,9	15	15,5	<0,001
	Νοσοκομείο Καραμανδάνειο	25	23,4	58	59,8	
	Κέντρο Υγείας Άνω Πόλης Πατρών	19	17,8	24	24,7	

Υπήρξε σημαντική διαφορά στο μέρος που απευθύνθηκαν οι γονείς μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ατόμων της ομάδας των Ελλήνων (58,9%) είχε απευθυνθεί σε ιδιώτη παιδίατρο ενώ η πλειοψηφία των ατόμων της ομάδας των Ελλήνων Ρομά (59,8%) είχε απευθυνθεί στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο.

5.2 Στοιχεία Ασφάλισης

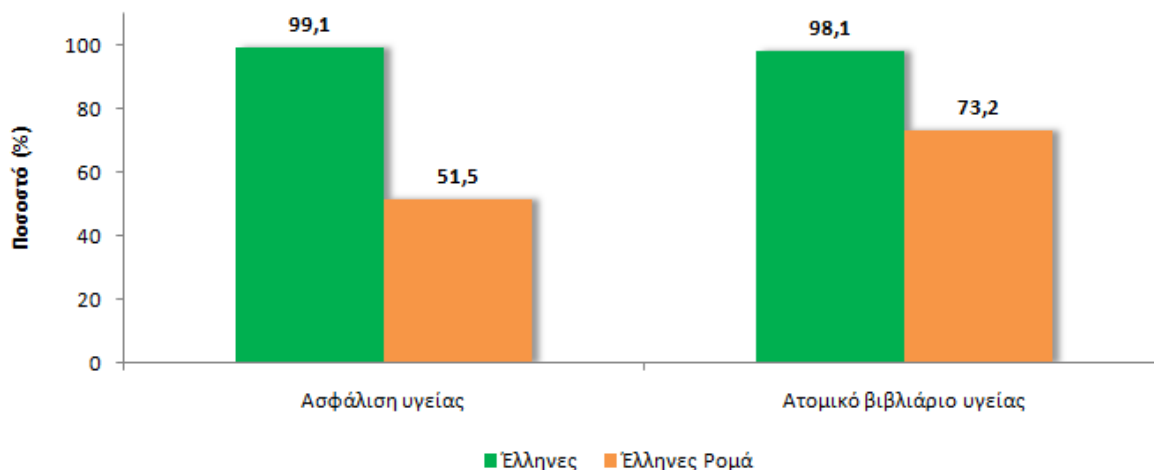
Στον πίνακα 7 δίνονται τα στοιχεία ασφάλισης των παιδιών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 7. Στοιχεία ασφάλισης Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Έχετε ασφάλιση υγείας	Όχι	1	0,9	47	48,5	<0,001
	Ναι	106	99,1	50	51,5	
Έχετε ατομικό βιβλιário υγείας	Όχι	2	1,9	26	26,8	<0,001
	Ναι	104	98,1	71	73,2	

Οι Έλληνες είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ασφάλιση υγείας καθώς και ατομικό βιβλιário υγείας, σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά.

Στο γράφημα 4 δίνονται τα ποσοστά των παιδιών με ασφάλιση υγείας και με ατομικό βιβλιάριο υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 4. Ποσοστά Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά με ασφάλιση υγείας και ατομικό βιβλιάριο υγείας.

5.3 Απόψεις Για Τους Παιδικούς Εμβολιασμούς

Οι απόψεις των γονέων για τον παιδικό εμβολιασμό δίνονται στον πίνακα 8.

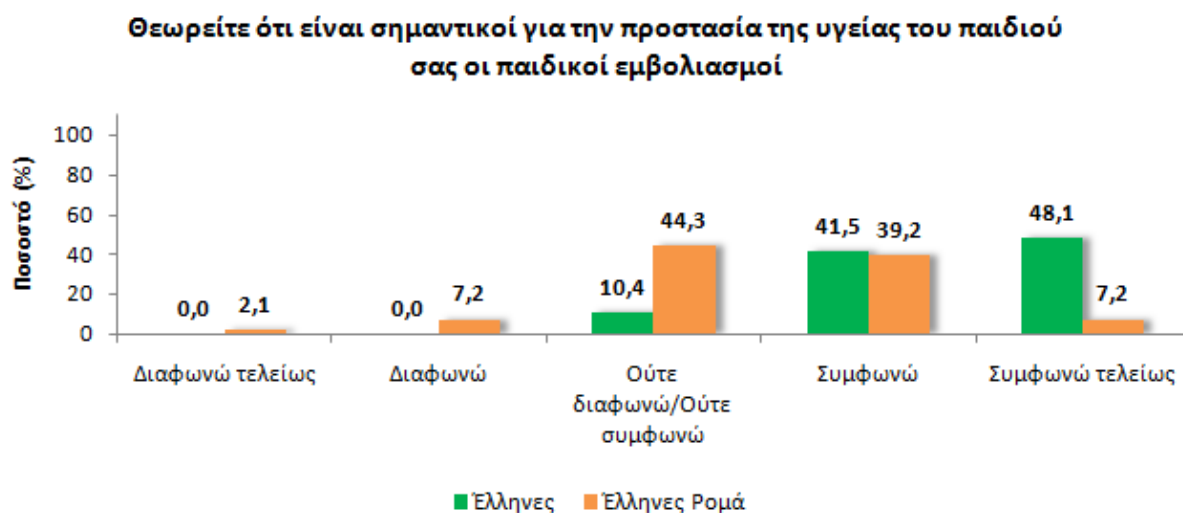
Πίνακας 8. Απόψεις των γονέων για τους παιδικούς εμβολιασμούς του υπό μελέτη πληθυσμού

		Ομάδα				P Fisher's exact test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Θεωρείτε ότι είναι σημαντικοί για την προστασία της υγείας του παιδιού σας οι παιδικοί εμβολιασμοί	Διαφωνώ τελείως	0	0,0	2	2,1	<0,001
	Διαφωνώ	0	0,0	7	7,2	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	11	10,4	43	44,3	
	Συμφωνώ	44	41,5	38	39,2	
	Συμφωνώ τελείως	51	48,1	7	7,2	
Τα εμβόλια μπορεί να έχουν παρενέργειες	Διαφωνώ τελείως	2	1,9	0	0,0	0,211
	Διαφωνώ	3	2,8	5	5,2	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	48	45,3	53	54,6	
	Συμφωνώ	48	45,3	32	33,0	
	Συμφωνώ τελείως	5	4,7	7	7,2	

Σημαντικά υψηλότερη ήταν η συμφωνία των Ελλήνων με την πρόταση «Θεωρείτε ότι είναι σημαντικοί για την προστασία της υγείας του παιδιού σας οι παιδικοί εμβολιασμοί» σε σύγκριση με

των Ελλήνων Ρομά. Αντίθετα, παρόμοιες ήταν οι απόψεις των δύο ομάδων για την πρόταση «Τα εμβόλια μπορεί να έχουν παρενέργειες».

Στο γράφημα 5 δίνονται οι απόψεις των γονέων σχετικά με το αν θεωρούν σημαντικούς τους παιδικούς εμβολιασμούς για την προστασία της υγείας του παιδιού τους.



Γράφημα 5. Απόψεις των γονέων Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά σχετικά με το αν θεωρούν σημαντικούς τους παιδικούς εμβολιασμούς για την προστασία της υγείας του παιδιού τους.

Οι φόβοι των συμμετεχόντων για τον παιδικό εμβολιασμό δίνονται στον πίνακα 9 που ακολουθεί, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 9. Φόβοι των γονέων για δυνητικές παρενέργειες των εμβολίων στον υπό μελέτη πληθυσμό

Φόβοι για εμβόλια	Ομάδα			
	Έλληνες		Έλληνες Ρομά	
	N	%	N	%
Αλλεργική αντίδραση, Τοπικό ερύθημα, Πυρετός	1	0,9	0	0,0
Αλλεργική αντίδραση/Πυρετός	1	0,9	0	0,0
Αναφυλαξία	0	0,0	2	2,1
Αναφυλαξία, Βήχας	0	0,0	1	1,0
Ασθένειες	0	0,0	1	1,0
Δέκατα (πυρετός), Τοπικό οίδημα	1	0,9	0	0,0
Είναι σημαντικοί οι εμβολιασμοί άλλα μπορεί να υπάρξουν και παρενέργειες	1	0,9	0	0,0
Εμετός	0	0,0	3	3,1
Επιλοκές	1	0,9	0	0,0
Έχω ακούσει ότι τη στιγμή του εμβολίου έχει προκληθεί εγκεφαλίτιδα ως παρενέργεια	1	0,9	0	0,0
Ζαλάδα	0	0,0	1	1,0
Θάνατος	0	0,0	5	5,2
Ίσως να υπάρχουν παρενέργειες όμως τα προτερήματα του εμβολιασμού υπερिशύουν	2	1,9	0	0,0
Κοιλιακές διαταραχές	1	0,9	0	0,0
Κοκκινίλες	0	0,0	1	1,0
Κόφωση	0	0,0	1	1,0
Λιποθυμία	0	0,0	1	1,0
Λιποθυμία, Πονοκέφαλο	0	0,0	1	1,0
Λοίμωξη που μπορεί να επιφέρει και αναπηρία στο παιδί	1	0,9	0	0,0
Μόνο για το πρώτο 24ωρο (Πυρετός, Κακουχία)	1	0,9	0	0,0
Μπορεί να έχει παρενέργειες όπως Πυρετική δεκαδική κίνηση-πυρετό, Αλλεργία, Ερύθημα τοπικό	1	0,9	0	0,0
Μπορεί τα παιδιά να αναπτύξουν κάποια σπυριά κνησμό, πυρετό κλπ	1	0,9	0	0,0
Να αισθανθεί το παιδί αδυναμία	0	0,0	1	1,0
Να αρρωστήσει πολύ το παιδί	0	0,0	2	2,1
Όλα τα εμβόλια μπορεί σε συγκεκριμένες συνθήκες να δημιουργήσουν κάποια παρενέργεια στον οργανισμό π.χ πυρετό, διάρροια κλπ	1	0,9	0	0,0
Όλα τα φάρμακα έχουν παρενέργειες	3	2,8	0	0,0
Όλα τα φάρμακα έχουν παρενέργειες. Φοβάμαι για κάποια που δεν είναι δοκιμασμένα χρόνια για αντισμό	1	0,9	0	0,0
Πολλές ασθένειες, Πυρετός, Μέχρι και θάνατος	1	0,9	1	1,0
Πονοκέφαλο, Εμετούς	0	0,0	1	1,0
Προβλήματα ακοής	0	0,0	1	1,0
Προβλήματα στα μάτια	0	0,0	1	1,0
Πυρετό, Αλλεργίες	1	0,9	0	0,0
Πυρετό, Πονοκέφαλο	0	0,0	1	1,0
Πυρετός	8	7,5	8	8,2
Πυρετός αλλά και πιο σοβαρές παρενέργειες	1	0,9	0	0,0
Πυρετός-Αναφυλαξία	1	0,9	0	0,0
Πυρετός, Θάνατος	0	0,0	2	2,1
Πυρετός, Κοκκινίλες	0	0,0	1	1,0
Πυρετός, Συμπτώματα γρίπης	1	0,9	0	0,0
Πυρετός, Τοπικές αντιδράσεις, Ερύθημα	1	0,9	0	0,0

Πυρετός, τοπικό εξάνθημα και σε σπάνιες περιπτώσεις παρενέργειες π.χ εγκεφαλίτιδα, παράλυση	1	0,9	0	0,0
Σε βάθος χρόνου να υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου	1	0,9	0	0,0
Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως παράλυση σε ένα ποσοστό εμβολιασμών	1	0,9	0	0,0
Σοβαρές ασθένειες	0	0,0	1	1,0
Στο μέλλον μπορούν να υπάρξουν ανεπιθύμητες παρενέργειες, οι οποίες δεν έχουν ερευνηθεί ακόμα	1	0,9	0	0,0
Συμφωνώ ότι μπορεί να υπάρξουν κάποιες παρενέργειες μετά τον εμβολιασμό όχι όμως σοβαρές που να δημιουργούν επιπλοκές στην υγεία	1	0,9	0	0,0
Τα νέα εμβόλια μπορεί να μην έχουν δοκιμαστεί πλήρως	2	1,9	0	0,0
Το πιο απλό πυρετός ως και σοβαρές συνέπειες	1	0,9	0	0,0
Τοπικές αντιδράσεις, ερύθημα, αλλεργία, γαστρεντερικές διαταραχές	1	0,9	0	0,0
Τοπικό οίδημα, Πυρετός	1	0,9	0	0,0
Υπάρχουν πιθανές παρενέργειες από όλα τα εμβόλια	1	0,9	0	0,0
Φοβάμαι ακόμα και το θάνατο εάν κάποιο εμβόλιο δεν είναι αρκετά δοκιμασμένο	3	2,8	0	0,0
Φοβάμαι τις παρενέργειες	1	0,9	0	0,0

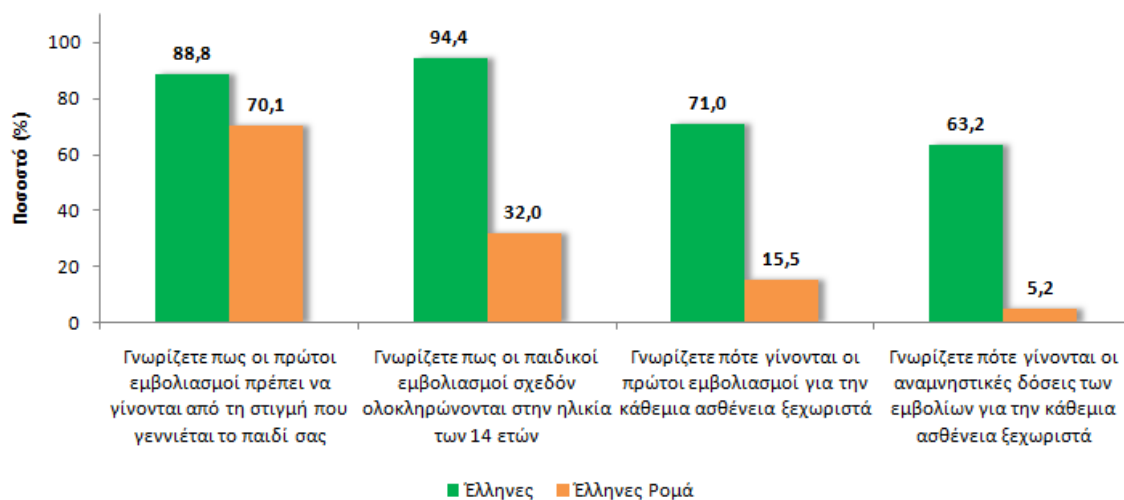
Στον πίνακα 10 απεικονίζονται οι γνώσεις των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 10. Γνώσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά σχετικά με το πότε διεξάγονται οι παιδικοί εμβολιασμοί

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Έλληνας		Έλληνας Ρομά		
		N	%	N	%	
Γνωρίζετε πως οι πρώτοι εμβολιασμοί πρέπει να γίνονται από τη στιγμή που γεννιέται το παιδί σας	Όχι	12	11,2	29	29,9	0,001
	Ναι	95	88,8	68	70,1	
Γνωρίζετε πως οι παιδικοί εμβολιασμοί σχεδόν ολοκληρώνονται στην ηλικία των 14 ετών	Όχι	6	5,6	66	68,0	<0,001
	Ναι	101	94,4	31	32,0	
Γνωρίζετε πότε γίνονται οι πρώτοι εμβολιασμοί για την καθεμία ασθένεια ξεχωριστά	Όχι	31	29,0	82	84,5	<0,001
	Ναι	76	71,0	15	15,5	
Γνωρίζετε πότε γίνονται οι αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων για την καθεμία ασθένεια ξεχωριστά	Όχι	39	36,8	92	94,8	<0,001
	Ναι	67	63,2	5	5,2	

Οι γονείς των Ελληνόπουλων γνώριζαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πως οι πρώτοι εμβολιασμοί πρέπει να γίνονται από τη στιγμή που γεννιέται το παιδί τους, πως οι παιδικοί εμβολιασμοί σχεδόν ολοκληρώνονται στην ηλικία των 14 ετών, πότε γίνονται οι πρώτοι εμβολιασμοί για την καθεμία ασθένεια ξεχωριστά, καθώς και πότε γίνονται οι αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων για την καθεμία ασθένεια ξεχωριστά σε σύγκριση με τους γονείς των Ελλήνων Ρομά παιδιών.

Στο γράφημα 6 δίνονται οι γνώσεις των γονέων σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 6. Γνώσεις των γονέων Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά σχετικά με τον παιδικό εμβολιασμό.

Στον ακόλουθο πίνακα 11 δίνονται οι πηγές που εμπιστεύονταν οι συμμετέχοντες για να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 11. Οι πηγές τις οποίες εμπιστεύονται οι γονείς του υπό μελέτη πληθυσμού ώστε να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς

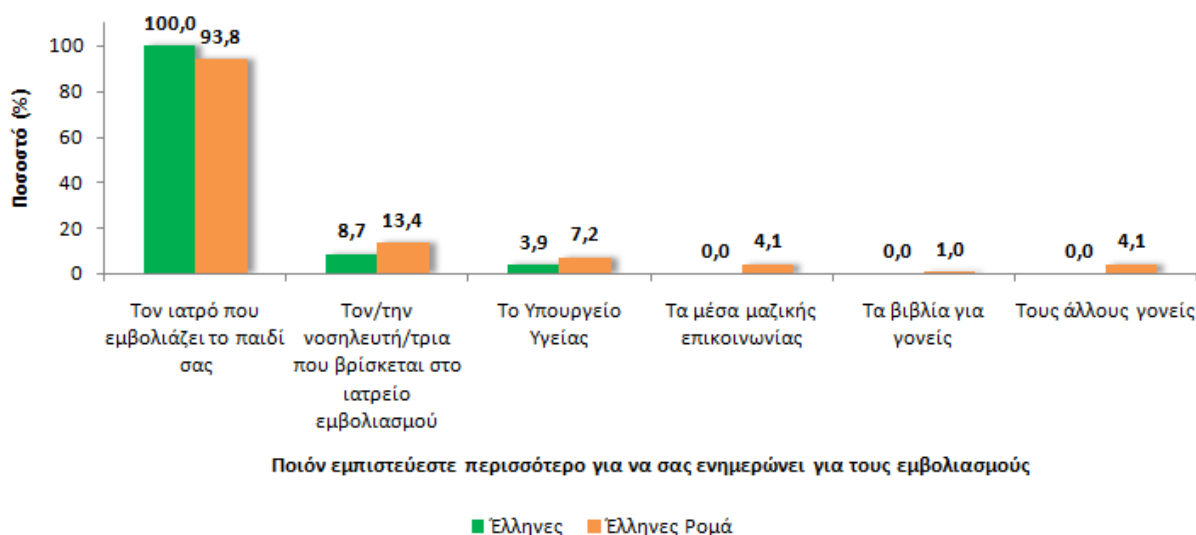
Ποιόν εμπιστεύεστε περισσότερο για να σας ενημερώνει για τους εμβολιασμούς	Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
	Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
	N	%	N	%	
Τον ιατρό που εμβολιάζει το παιδί σας	103	100,0	91	93,8	0,012 ⁺
Τον/την νοσηλεύτη/τρια που βρίσκεται στο ιατρείο εμβολιασμού	9	8,7	13	13,4	0,292
Το Υπουργείο Υγείας	4	3,9	7	7,2	0,301
Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας	0	0,0	4	4,1	0,050 ⁺
Τα βιβλία για γονείς	0	0,0	1	1,0	0,485 ⁺
Τους άλλους γονείς	0	0,0	4	4,1	0,050 ⁺

⁺Fisher's exact test

Το ποσοστό των Ελλήνων που εμπιστεύονταν τον ιατρό που εμβολιάζει το παιδί τους για την ενημέρωσή τους για τους εμβολιασμούς ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των

Ελλήνων Ρομά. Αντίθετα, οι Έλληνες Ρομά εμπιστεύονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και τους άλλους γονείς για την ενημέρωσή τους για τους εμβολιασμούς σε σύγκριση με τους Έλληνες.

Στο γράφημα 7 δίνονται οι πηγές που εμπιστεύονταν οι συμμετέχοντες για να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 7. Πηγές που εμπιστεύονται οι συμμετέχοντες ώστε να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς του υπό μελέτη πληθυσμού.

5.4 Ιστορικό Παιδιού

Στον πίνακα 12 δίνονται στοιχεία που αφορούν στο ιστορικό του παιδιού, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 12. Ιατρικό ιστορικό Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

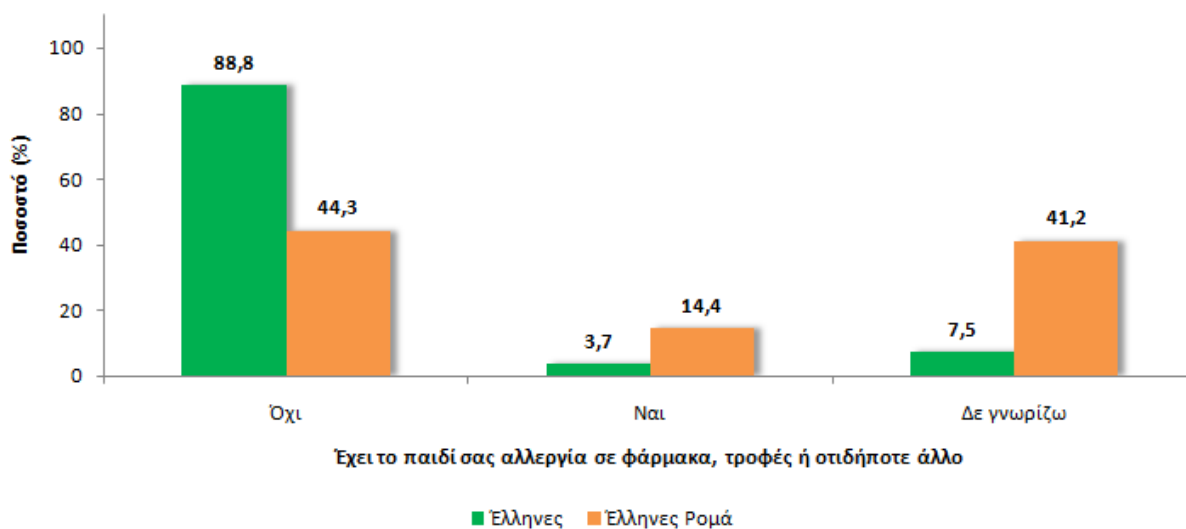
		Ομάδα			
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά	
		N	%	N	%
Το παιδί σας γεννήθηκε πρόωρα ή έχει προβλήματα με την άμυνα του οργανισμού του	Όχι	107	100,0	97	100,0
	Ναι	0	0,0	0	0,0
Έχει το παιδί σας αλλεργία σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε	Όχι	95	88,8	43	44,3

άλλο	Ναι	4	3,7	14	14,4
	Δε γνωρίζω	8	7,5	40	41,2
Εάν "ΝΑΙ" αναφέρετε σε τι	Αλλεργία στην ελιά	1	0,9	0	0,0
	Αντιβίωση	0	0,0	3	3,1
	Αντιβίωση Amoxil	0	0,0	1	1,0
	Αντιβίωση Augmentin	1	0,9	0	0,0
	Αντιβίωση Procef	0	0,0	1	1,0
	Ξηρούς καρπούς	0	0,0	3	3,1
	Οστρακοειδή	0	0,0	2	2,1
	Σε κάποιες τροφές	1	0,9	0	0,0
	Τροφές	1	0,9	0	0,0
	Χλωρίνη	0	0,0	1	1,0
	Χορτάρια	0	0,0	1	1,0
	Ψάρι	0	0,0	2	2,1
	Έχει παρουσιάσει το παιδί σας αλλεργία ή κάποια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια σε κάποιο εμβόλιο	Όχι	102	95,3	43
Ναι		5	4,7	17	17,5
Δε γνωρίζω		0	0,0	37	38,1
Εάν "ΝΑΙ" τι παρουσίασε και σε ποιο εμβόλιο	Αναφυλαξία	0	0,0	1	1,0
	Ανέβασε πυρετό	0	0,0	1	1,0
	Απώλεια ακοής μάλλον στο εμβόλιο Πολιομυελίτιδας	0	0,0	1	1,0
	Ζαλάδα	0	0,0	1	1,0
	Κοκκινίλες στις Ηπατίτιδας Β	0	0,0	1	1,0
	Προβλήματα στην ακοή MMR	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό	0	0,0	2	2,1
	Πυρετό και τοπικό ερύθημα	1	0,9	0	0,0
	Πυρετό στην Ηπατίτιδα Β	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό στην Πολιομυελίτιδα	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό στις διεφθερίτιδας	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό στις Ιλαράς	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό στις Πολιομυελίτιδας	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό στο εμβόλιο Ιλαράς	1	0,9	0	0,0
	Πυρετό στο εμβόλιο Ιλαράς-Ερυθράς-Παρωτίτιδας	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό στο εμβόλιο πολιομυελίτιδας	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό,Λιποθυμία στις Πολιομυελίτιδας	0	0,0	1	1,0
	Πυρετό,Συμπτώματα γρίπης	1	0,9	0	0,0
	Πυρετός	2	1,9	0	0,0
	Πυρετός στο εμβόλιο διεφθερίτιδας,τετάνου,κοκκύτη	0	0,0	1	1,0

Κανένα από τα παιδιά δεν είχε γεννηθεί πρόωρα ούτε είχε προβλήματα με την άμυνα του οργανισμού του. Σημαντικές διαφορές υπήρξαν στις δύο ομάδες αναφορικά με τις αλλεργίες των παιδιών σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε άλλο ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, το ποσοστό των γονέων που δεν γνώριζαν ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα των Ελλήνων Ρομά, όπως και το ποσοστό των παιδιών με αλλεργία σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε άλλο. Επίσης, σημαντικές διαφορές υπήρξαν στις δύο ομάδες αναφορικά με την εμφάνιση στα παιδιά κάποιας αλλεργίας ή

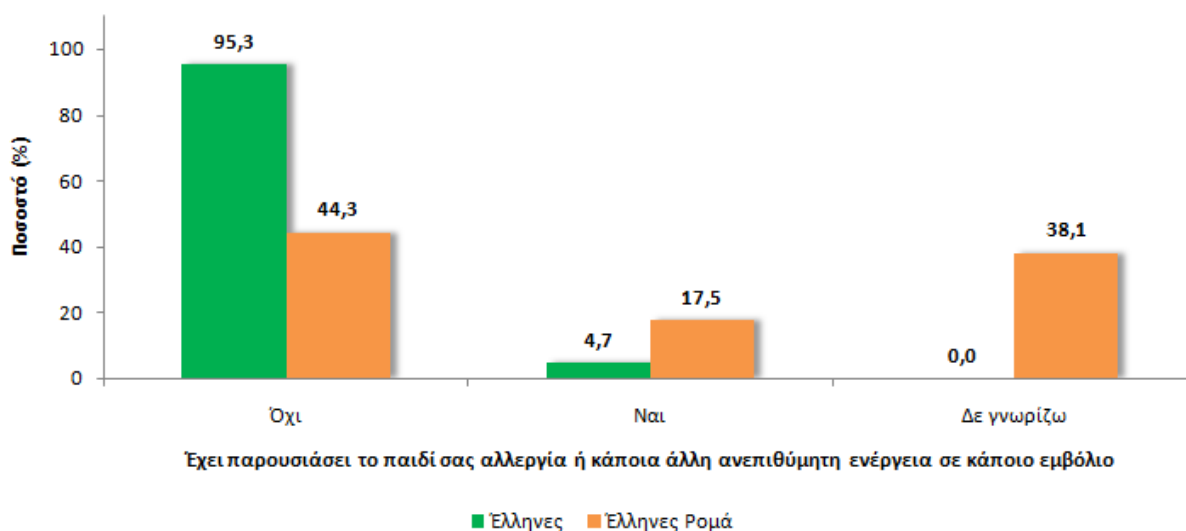
ανεπιθύμητης ενέργειας σε κάποιο εμβόλιο ($p < 0,001$). Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των γονέων που δεν γνώριζαν ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα των Ελλήνων Ρομά, όπως και το ποσοστό των παιδιών που είχαν εμφανίσει κάποια αλλεργία ή ανεπιθύμητη ενέργεια σε κάποιο εμβόλιο.

Στο γράφημα 8 δίνονται οι απαντήσεις των γονέων στην ερώτηση «Έχει το παιδί σας αλλεργία σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε άλλο», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 8. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Έχει το παιδί σας αλλεργία σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε άλλο».

Στο γράφημα 9 που ακολουθεί δίνονται οι απαντήσεις των γονέων στην ερώτηση «Έχει παρουσιάσει το παιδί σας αλλεργία ή κάποια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια σε κάποιο εμβόλιο», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 9. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Έχει παρουσιάσει το παιδί σας αλλεργία ή κάποια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια σε κάποιο εμβόλιο».

5.5 Εμβολιασμοί

Στον ακόλουθο πίνακα 13 δίνονται στοιχεία που αφορούν στον εμβολιασμό των παιδιών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

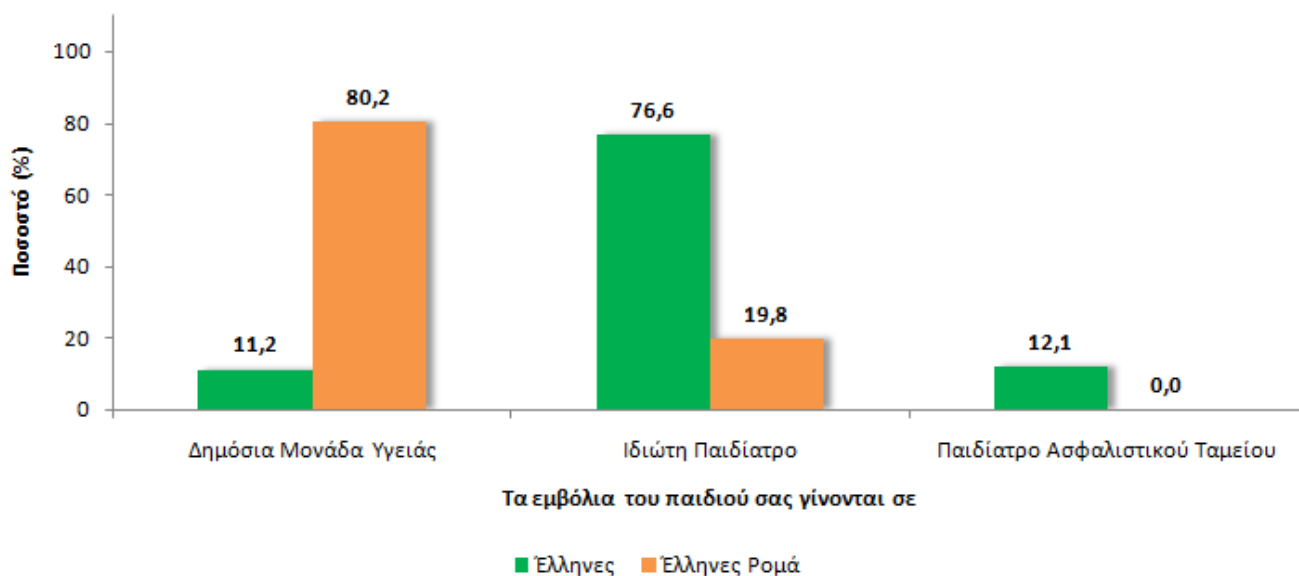
Πίνακας 13. Στοιχεία για τον εμβολιασμό Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Τα εμβόλια του παιδιού σας γίνονται σε	Δημόσια Μονάδα Υγείας	12	11,2	77	80,2	<0,001
	Ιδιώτη Παιδίατρο	82	76,6	19	19,8	
	Παιδίατρο Ασφαλιστικού Ταμείου	13	12,1	0	0,0	
Ποια από τα παρακάτω εμβόλια έχουν γίνει στο παιδί σας	Της ηπατίτιδας Β	104	97,2	79	81,4	<0,001
	Της διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη	106	99,1	80	82,5	<0,001
	Του αιμόφιλου της ινφλουέντζας τύπου b	96	89,7	44	45,4	<0,001
	Της πολιομυελίτιδας	100	93,5	54	55,7	<0,001
	Του πνευμονιόκοκκου	94	87,9	69	71,1	0,003
	Του μηνιγγιτιδόκοκκου	87	81,3	43	44,3	<0,001

Της ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς	106	99,1	77	79,4	<0,001
Της ανεμοβλογιάς	102	95,3	45	46,4	<0,001
Της ηπατίτιδας Α	91	85,0	18	18,6	<0,001
Του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων	16	15,0	0	0,0	<0,001
Της φυματίωσης	42	39,3	19	19,6	0,002
Της γρίπης	35	32,7	1	1,0	<0,001
Του ροταϊού	42	39,3	4	4,1	<0,001

Υπήρξαν σημαντικές διαφορές σε όλα τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των Ελλήνων εμβολίαζε το παιδί τους σε ιδιώτη παιδίατρο (76,6%), ενώ η πλειοψηφία των Ελλήνων Ρομά τα εμβολίαζε σε δημόσια μονάδα υγείας (80,2%). Επίσης, τα παιδιά των Ελλήνων ήταν εμβολιασμένα σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τα παιδιά των Ελλήνων Ρομά.

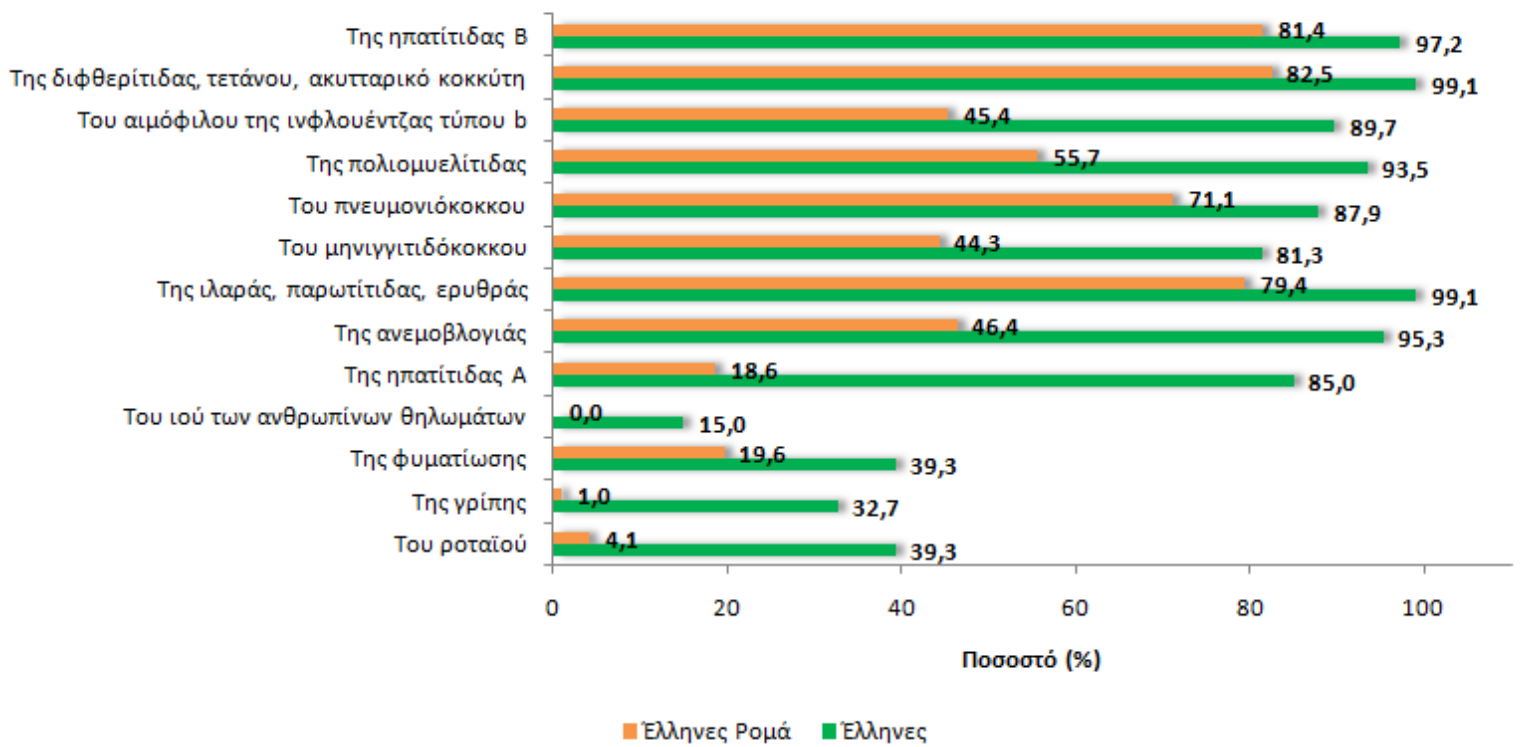
Στο γράφημα 10 δίνεται ο τόπος που εμβολιάζουν οι γονείς τα παιδιά τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Γράφημα 10. Τόπος εμβολιασμού Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.

Στο γράφημα 11 που ακολουθεί δίνονται τα εμβόλια που είχαν κάνει τα παιδιά, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Ποια από τα παρακάτω εμβόλια έχουν γίνει στο παιδί σας



Γράφημα 11. Εμβολιασμοί Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά.

Στοιχεία για τον ελλιπή εμβολιασμό των παιδιών δίνονται στον πίνακα 14 που ακολουθεί, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

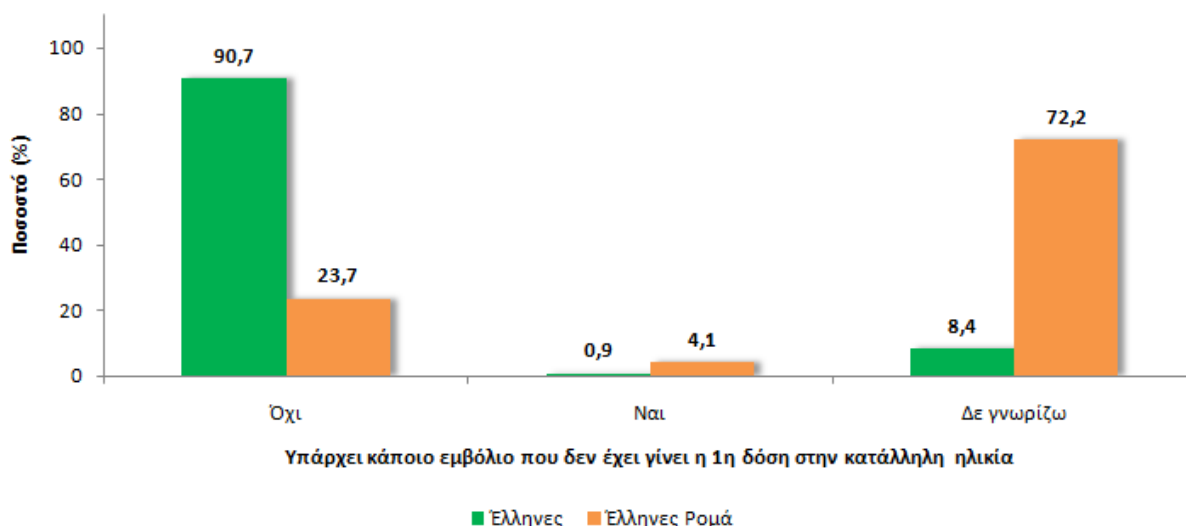
Πίνακας 14. Στοιχεία ελλιπούς εμβολιασμού Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

		Ομάδα			
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά	
		N	%	N	%
Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχει γίνει η 1η δόση στην κατάλληλη ηλικία	Όχι	97	90,7	23	23,7
	Ναι	1	0,9	4	4,1
	Δε γνωρίζω	9	8,4	70	72,2
Αν ναι:					
Ποιό/ά εμβόλιο/α δεν έχει/ουν γίνει	Αιμόφιλου ινφλουέντζας	0	0,0	1	1,0
	Διεφθερίτιδα-Τετάνου-Κοκκύτη	0	0,0	1	1,0
	Ηπατίτιδα Β	0	0,0	1	1,0
	Πνευμονιόκοκκου	1	0,9	0	0,0
	Της Διεφθερίτιδας	0	0,0	1	1,0
Αρρώστησε το παιδί σας από την/τις ασθένεια/ες για την οποία/ες δεν εμβολιάστηκε	Όχι	1	100,0	3	75,0
	Ναι	0	0,0	1	25,0
Αν ναι:					
Τι προβλήματα υγείας παρουσίασε	Πύον στις αμυγδαλές, πονόλαιμο	0	0,0	1	1,0
Έμεινε έστω και για ένα βράδυ στο νοσοκομείο	Όχι	0	0,0	0	0,0
	Ναι	0	0,0	1	100,0
Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία	Όχι	105	99,1	23	23,7
	Ναι	0	0,0	6	6,2
	Δε γνωρίζω	1	0,9	68	70,1
Αν ναι:					
Ποιές αναμνηστικές δόσεις και ποιών εμβολίων δεν έχουν γίνει	2η δόση Ανεμοβλογιάς	0	0,0	2	2,0
	2η δόση Ιλαρά-Ερυθρά-Παρωτίτιδα	0	0,0	3	3,0
	Η 2η δόση της Ηπατίτιδας Β	0	0,0	1	1,0
Αρρώστησε το παιδί σας από την/τις ασθένεια/ες για την οποία/ες δεν έγιναν οι αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων	Όχι	0	0,0	5	83,3
	Ναι	0	0,0	1	16,7
	Δε γνωρίζω	0	0,0	0	0,0
Αν ναι:					
Τι προβλήματα υγείας παρουσίασε	Σπυράκια	0	0,0	1	1,0
Έμεινε έστω και για ένα βράδυ μέσα σε νοσοκομείο	Όχι	0	0,0	1	100,0

Υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σχετικά με αν υπήρχε κάποιο εμβόλιο που δεν έγινε η πρώτη δόση στην κατάλληλη ηλικία ($p < 0,001$) και με το αν υπήρχε κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των ατόμων που δεν ήξεραν αν υπήρχε κάποιο εμβόλιο που δεν έγινε η πρώτη δόση στην

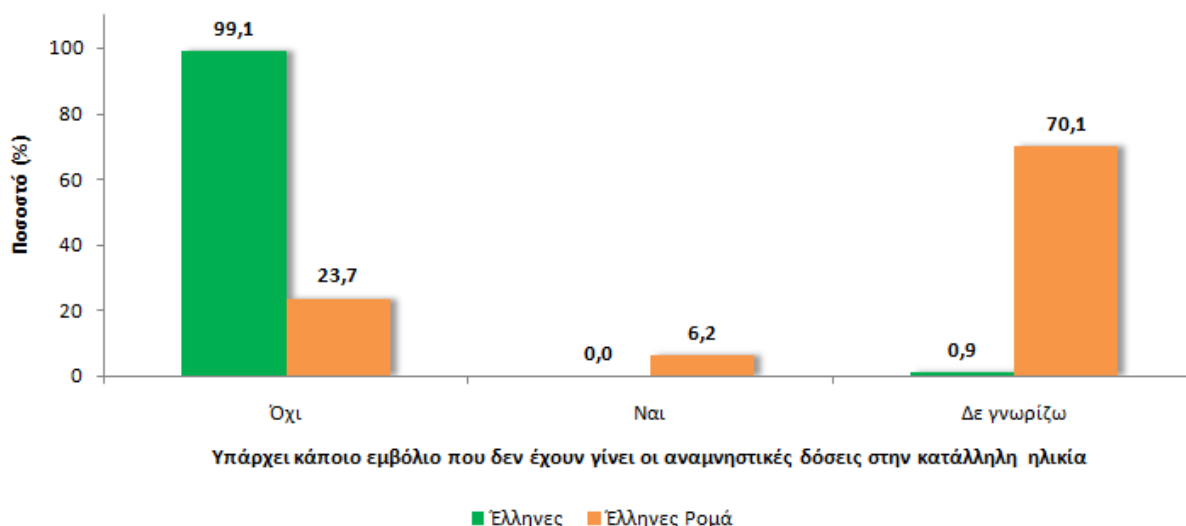
κατάλληλη ηλικία ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα των Ελλήνων Ρομά (72,2% έναντι 8,4% στην ομάδα των Ελλήνων), καθώς και το ποσοστό των ατόμων που δεν ήξεραν αν υπήρχε κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία (70,1% έναντι 0,9% στην ομάδα των Ελλήνων).

Στο γράφημα 12 δίνονται οι απαντήσεις των γονέων στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχει γίνει η 1η δόση στην κατάλληλη ηλικία».



Γράφημα 12. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχει γίνει η 1η δόση στην κατάλληλη ηλικία».

Στο γράφημα 13 που ακολουθεί δίνονται οι απαντήσεις των γονέων στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία».



Γράφημα 13. Απαντήσεις των γονέων των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά στην ερώτηση «Υπάρχει κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία».

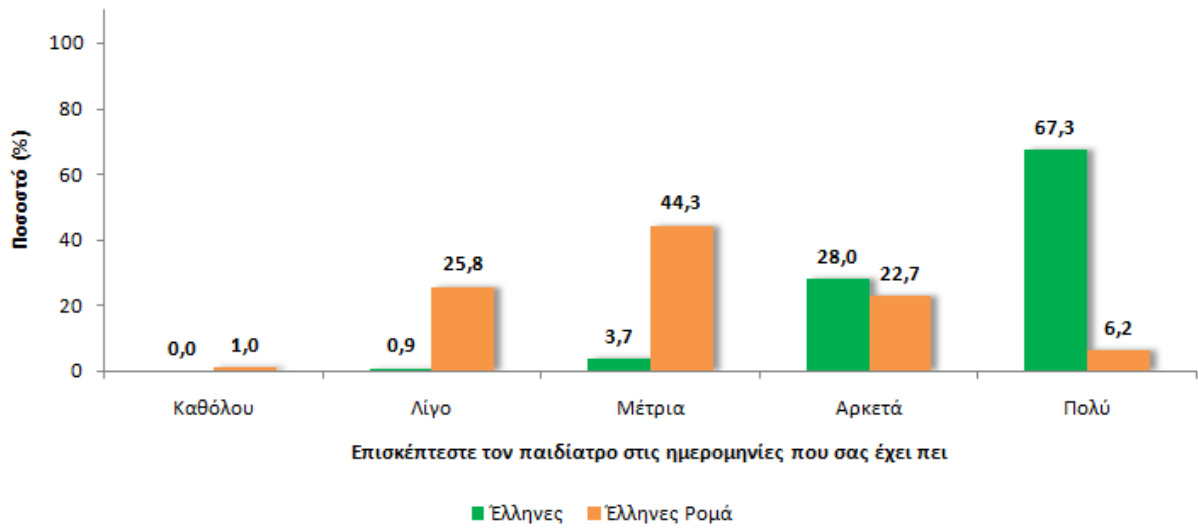
Στον πίνακα 15 που ακολουθεί δίνεται η συχνότητα των επισκέψεων στον παιδίατρο των δύο υπό μελέτη ομάδων.

Πίνακας 15. Συχνότητα επισκέψεων στον παιδίατρο των δύο υπό μελέτη ομάδων

Επισκέπτεστε τον παιδίατρο στις ημερομηνίες που σας έχει πει	Ομάδα				P Fisher's exact test
	Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
	N	%	N	%	
Καθόλου	0	0,0	1	1,0	<0,001
Λίγο	1	0,9	25	25,8	
Μέτρια	4	3,7	43	44,3	
Αρκετά	30	28,0	22	22,7	
Πολύ	72	67,3	6	6,2	

Σημαντικά συχνότερη επισκεψιμότητα στον παιδίατρο παρουσιάζουν οι Έλληνες σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά.

Στο γράφημα 14 που ακολουθεί δίνεται η συχνότητα με την οποία επισκέπτονται τον παιδίατρο οι γονείς στις ημερομηνίες που τους έχει υποδείξει.



Γράφημα 14. Συχνότητα με την οποία επισκέπτονται τον παιδίατρο οι γονείς του υπό μελέτη πληθυσμού στις ημερομηνίες που τους έχει υποδείξει.

5.6 Κοινωνική Οργάνωση & Προβλήματα που Αντιμετωπίζουν οι Πολίτες

Στον πίνακα 16 δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για την κοινωνική οργάνωση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

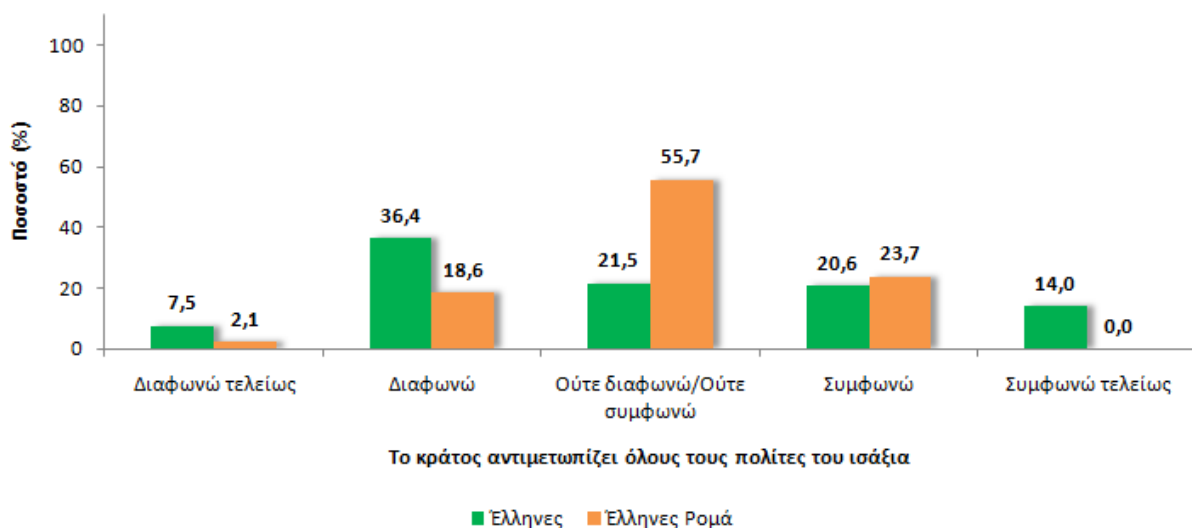
Πίνακας 16. Απόψεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με την κοινωνική οργάνωση

		Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά		
		N	%	N	%	
Το κράτος αντιμετωπίζει όλους τους πολίτες του ισάξια	Διαφωνώ τελείως	8	7,5	2	2,1	<0,001
	Διαφωνώ	39	36,4	18	18,6	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	23	21,5	54	55,7	
	Συμφωνώ	22	20,6	23	23,7	
	Συμφωνώ τελείως	15	14,0	0	0,0	
Είναι ικανοποιητικές οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχει το κράτος	Διαφωνώ τελείως	7	6,5	1	1,0	0,026 ⁺
	Διαφωνώ	29	27,1	21	21,6	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	41	38,3	55	56,7	
	Συμφωνώ	28	26,2	20	20,6	
	Συμφωνώ τελείως	2	1,9	0	0,0	
Το κράτος σας καλύπτει τις δαπάνες για τον εμβολιασμό του παιδιού σας	Διαφωνώ τελείως	3	2,8	0	0,0	0,003 ⁺
	Διαφωνώ	7	6,5	13	13,4	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	33	30,8	45	46,4	
	Συμφωνώ	60	56,1	39	40,2	
	Συμφωνώ τελείως	4	3,7	0	0,0	
Είναι εύκολη η πρόσβαση στα ιατρεία εμβολιασμού (λ.χ. βρίσκεται σε μακρινή απόσταση από το σπίτι σας)	Διαφωνώ τελείως	2	1,9	0	0,0	<0,001 ⁺
	Διαφωνώ	11	10,4	24	24,7	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	22	20,8	47	48,5	
	Συμφωνώ	61	57,5	25	25,8	
	Συμφωνώ τελείως	10	9,4	1	1,0	
Η οικονομική σας κατάσταση σας επιτρέπει να μετακινηθείτε στο ιατρείο εμβολιασμού	Διαφωνώ τελείως	0	0,0	1	1,0	<0,001 ⁺
	Διαφωνώ	4	3,8	22	22,7	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	12	11,3	56	57,7	
	Συμφωνώ	69	65,1	18	18,6	
	Συμφωνώ τελείως	21	19,8	0	0,0	
Μπορείτε να πληρώσετε το οικονομικό κόστος του εμβολίου	Διαφωνώ τελείως	2	1,9	1	1,0	<0,001 ⁺
	Διαφωνώ	13	12,1	25	25,8	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	24	22,4	57	58,8	
	Συμφωνώ	58	54,2	13	13,4	
	Συμφωνώ τελείως	10	9,3	1	1,0	
Θεωρείτε πως η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνετε ή να καθυστερήσετε κάποια εμβόλια στο παιδί σας	Διαφωνώ τελείως	10	9,5	0	0,0	<0,001
	Διαφωνώ	43	41,0	3	3,1	
	Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ	15	14,3	43	44,3	
	Συμφωνώ	34	32,4	33	34,0	
	Συμφωνώ τελείως	3	2,9	18	18,6	

⁺Fisher's exact test

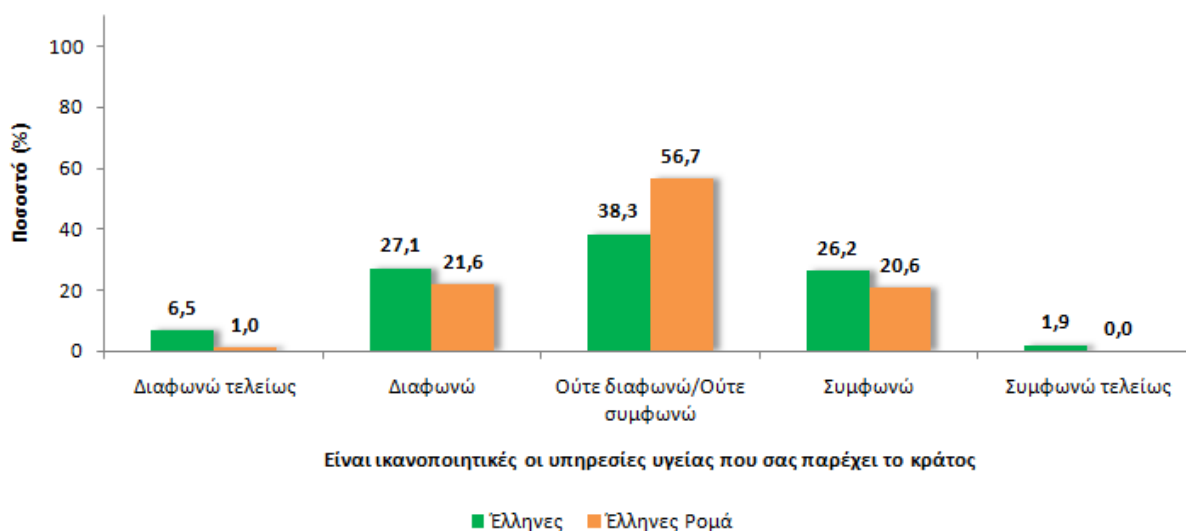
Οι Έλληνες διαφωνούσαν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό με τις προτάσεις «Το κράτος αντιμετωπίζει όλους τους πολίτες του ισάξια», «Είναι ικανοποιητικές οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχει το κράτος» και «Θεωρείτε πως η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνετε ή να καθυστερήσετε κάποια εμβόλια στο παιδί σας» σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά. Αντίθετα, οι Έλληνες συμφωνούσαν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό με τις προτάσεις «Το κράτος σας καλύπτει τις δαπάνες για τον εμβολιασμό του παιδιού σας», «Είναι εύκολη η πρόσβαση στα ιατρεία εμβολιασμού (λ.χ βρίσκεται σε μακρινή απόσταση από το σπίτι σας)», «Η οικονομική σας κατάσταση σας επιτρέπει να μετακινηθείτε στο ιατρείο εμβολιασμού» και «Μπορείτε να πληρώσετε το οικονομικό κόστος του εμβολίου» σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά.

Στο γράφημα 15 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Το κράτος αντιμετωπίζει όλους τους πολίτες του ισάξια».



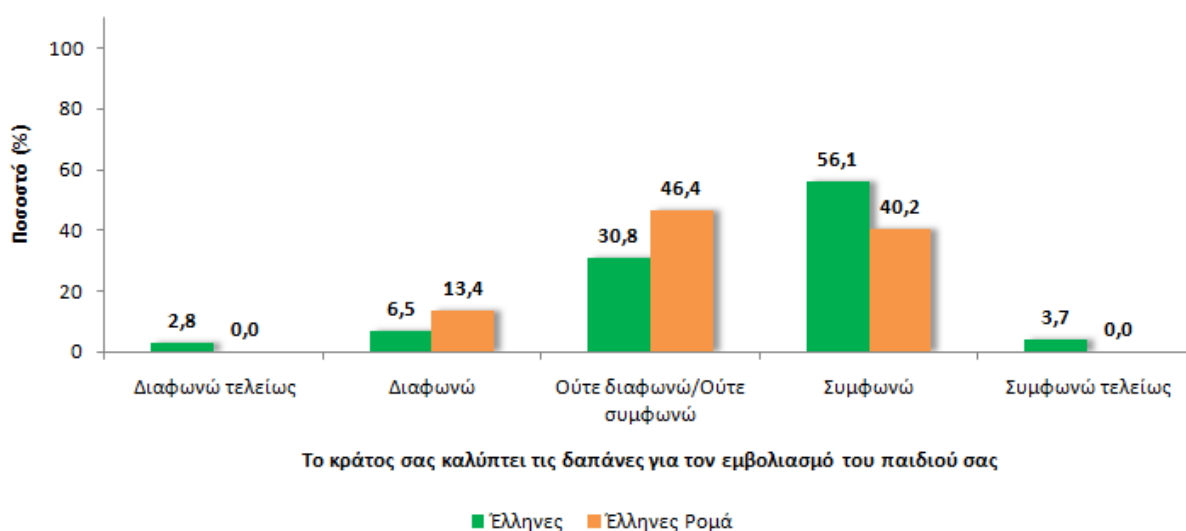
Γράφημα 15. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Το κράτος αντιμετωπίζει όλους τους πολίτες του ισάξια».

Στο γράφημα 16 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Είναι ικανοποιητικές οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχει το κράτος».



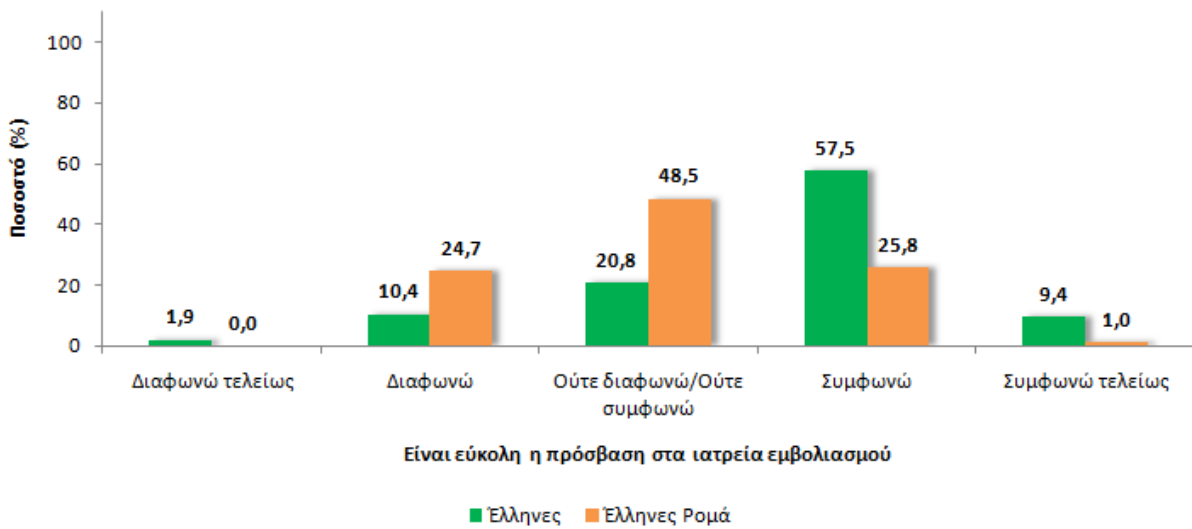
Γράφημα 16. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Είναι ικανοποιητικές οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχει το κράτος».

Στο γράφημα 17 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Το κράτος σας καλύπτει τις δαπάνες για τον εμβολιασμό του παιδιού σας».



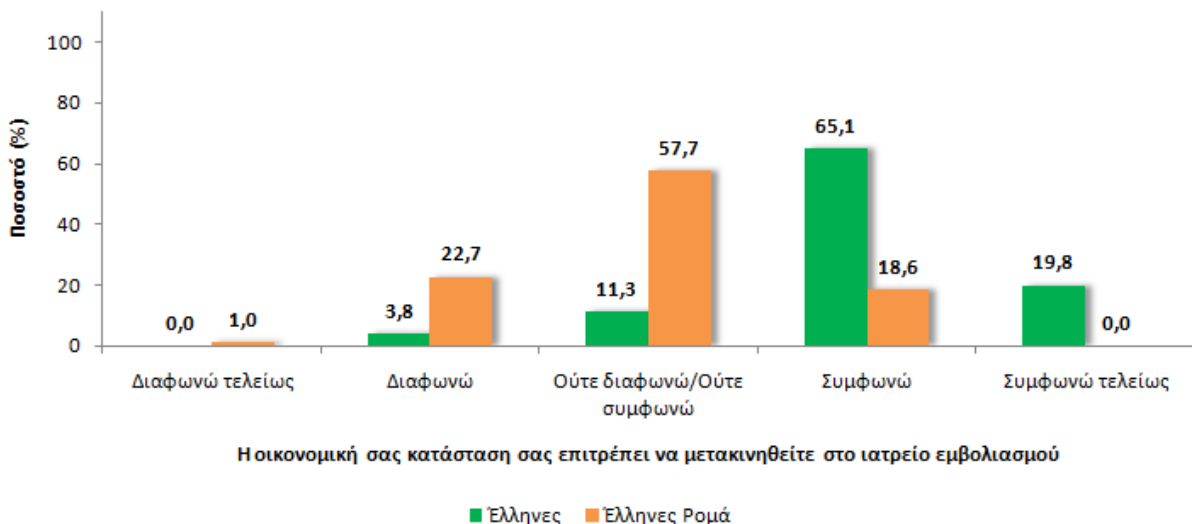
Γράφημα 17. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Το κράτος σας καλύπτει τις δαπάνες για τον εμβολιασμό του παιδιού σας».

Στο γράφημα 18 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Είναι εύκολη η πρόσβαση στα ιατρεία εμβολιασμού (λ.χ βρίσκεται σε μακρινή απόσταση από το σπίτι σας)».



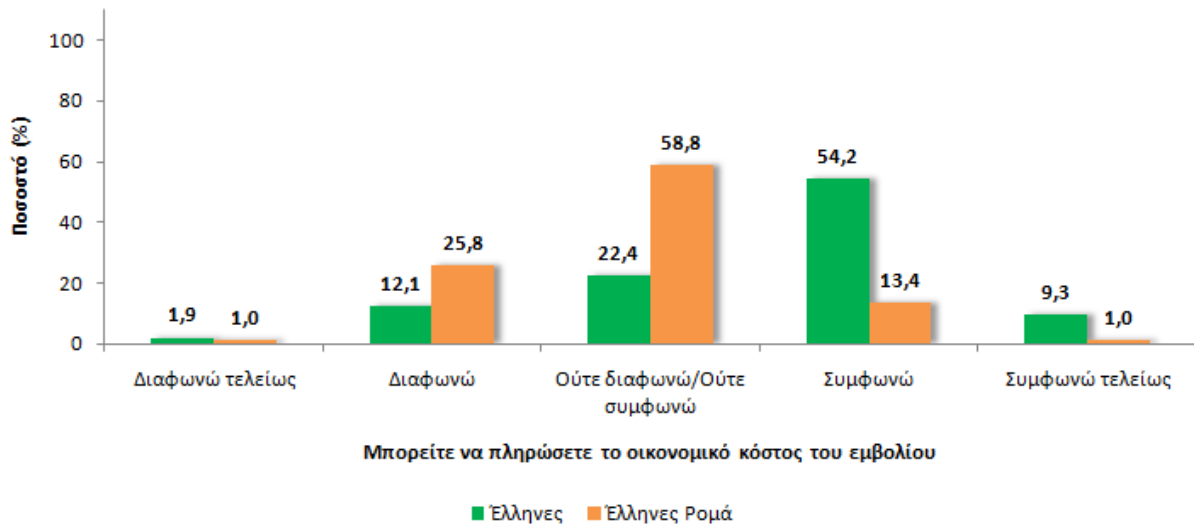
Γράφημα 18. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Είναι εύκολη η πρόσβαση στα ιατρεία εμβολιασμού».

Στο γράφημα 19 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Η οικονομική σας κατάσταση σας επιτρέπει να μετακινηθείτε στο ιατρείο εμβολιασμού».



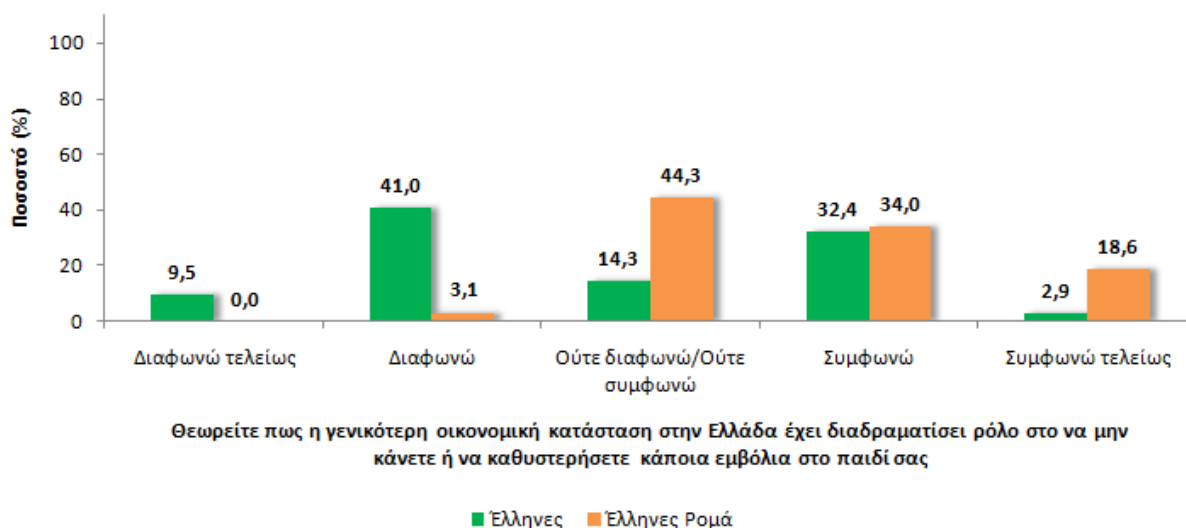
Γράφημα 19. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Η οικονομική σας κατάσταση σας επιτρέπει να μετακινηθείτε στο ιατρείο εμβολιασμού».

Στο γράφημα 20 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Μπορείτε να πληρώσετε το οικονομικό κόστος του εμβολίου».



Γράφημα 20. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Μπορείτε να πληρώσετε το οικονομικό κόστος του εμβολίου».

Στο γράφημα 21 που ακολουθεί δίνεται η συμφωνία των γονέων στην ερώτηση «Θεωρείτε πως η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνετε ή να καθυστερήσετε κάποια εμβόλια στο παιδί σας».



Γράφημα 21. Συμφωνία των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού στην ερώτηση «Θεωρείτε πως η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνετε ή να καθυστερήσετε κάποια εμβόλια στο παιδί σας».

Στον πίνακα 17 που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των γονέων σχετικά με το πώς τους αντιμετώπισε το προσωπικό του ιατρείου εμβολιασμού, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 17. Απόψεις των γονέων του υπό μελέτη πληθυσμού σχετικά με την αντιμετώπιση τους από το προσωπικό των ιατρείων εμβολιασμών

Το προσωπικό του ιατρείου εμβολιασμού σας συμπεριφέρεται καλά	Ομάδα			
	Έλληνες		Έλληνες Ρομά	
	N	%	N	%
Άριστα	11	10,3	0	0,0
Πολύ καλά	9	8,4	4	4,1
Αρκετά καλά	5	4,7	0	0,0
Καλά	25	23,4	55	56,7
Κάποιες φορές καλά	0	0,0	24	24,7
Όχι καλά	0	0,0	5	5,2
Δεν απαντώ	57	53,3	9	9,3

Μεγαλύτερη ικανοποίηση από το προσωπικό του ιατρείου εμβολιασμού είχαν οι Έλληνες σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά ($p < 0,001$).

5.7 Σχόλια-Παρατηρήσεις Ερωτηματολογίου

Στοιχεία για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δίνονται στον παρακάτω πίνακα 18, χωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 18. Στοιχεία για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους γονείς των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά

		Ομάδα			
		Έλληνες		Έλληνες Ρομά	
		N	%	N	%
Θα θέλαμε να γράψετε τις παρατηρήσεις και τα σχόλια σας για το ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε (προαιρετικά)	Αρτιο	1	0,9	0	0,0
	Ενδιαφέρον-Θετικά σχόλια	1	0,9	0	0,0
	Εύκολο να συμπληρωθεί	0	0,0	1	1,0
	Θεωρώ ότι το εμβόλιο Bexsero θα έπρεπε να καλύπτεται από τα ταμεία γιατί το κόστος του δε μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στην αγορά του	1	0,9	0	0,0
	Πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στο προαιρετικά και στα υποχρεωτικά εμβόλια	1	0,9	0	0,0
	Χωρίς δυσκολία	1	0,9	0	0,0
Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από	Τη μητέρα του παιδιού	82	78,1	69	71,1
	Τον πατέρα του παιδιού	21	20,0	25	25,8
	Άλλο άτομο	2	1,9	3	3,1
Ποιό άλλο άτομο συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο	Γιαγιά	0	0,0	3	3,1
	Νονά	2	1,9	0	0,0

Στην πλειοψηφία και των δύο ομάδων το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τη μητέρα του παιδιού (78,1% για την ομάδα των Ελλήνων και 71,1% για την ομάδα των Ελλήνων Ρομά).

Κεφάλαιο Έκτο: Συζήτηση - Συμπεράσματα - Προτάσεις

6.1. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Στα πλαίσια της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) με σκοπό τη διερεύνηση των υγειονομικών ανισοτήτων στους παιδικούς εμβολιασμούς μεταξύ Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά, αλλά και του προσδιορισμού των ποσοστών ανοσοποίησης των δύο πληθυσμών. Συμπληρώθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο από 204 γονείς και από τα 167 εκ του συνόλου των παιδιών συλλέχθηκαν πληροφορίες και μέσω του «Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού». Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως από τα 97 Ελληνόπουλα Ρομά, τα 78 είχαν στην κατοχή τους βιβλιάρια εμβολιασμών. Η μειονότητα των Ρομά βρέθηκε να υστερεί σημαντικά έναντι των Ελλήνων σε όλους τους τομείς οι οποίοι επηρεάζουν την εμβολιαστική κάλυψη τους, όπως αυτών της εκπαίδευσης, της ασφαλιστικής ικανότητας και της προσβασιμότητας στις υγειονομικές Μονάδες. Επίσης τα επίπεδα ανοσοποίησης του μειονοτικού πληθυσμού βρέθηκαν συγκριτικά πολύ χαμηλότερα από αυτά των Ελληνόπουλων, για όλα τα εμβόλια που συστήνει το ΕΠΕ.

Όπως αποτυπώνεται και στα αποτελέσματα της μελέτης, οι μητέρες των παιδιών ήταν αυτές που ως επί το πλείστον συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, γεγονός που καθιστά τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν αξιόπιστες, κυρίως λόγω της φύσης της σχέσης μεταξύ μητέρας και παιδιού. Επίσης λόγω των ειδικών συνθηκών πως αφενός οι περισσότεροι γονείς ήταν κάτοικοι πόλεων (εγγύτητα στις Υγειονομικές Μονάδες) και αφετέρου η μελέτη επακολούθησε της εφαρμογής του Ν.4368/2016 (περί ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων), πιθανοτικά να αποτυπώθηκαν υψηλότερα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών, από ότι ίσως πραγματικά ισχύουν.

6.1.1.Εμβολιασμοί

Η εν λόγω μελέτη αποπειράθηκε να αποτυπώσει τα ποσοστά εμβολιασμών των Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά, στα πλαίσια της διερεύνησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, συμπεριλαμβάνοντας τα παιδιά για τα οποία είχε γίνει έστω η 1η δόση από το κάθε εμβόλιο. Ως προς την απάντηση του ερευνητικού ερωτήματος περί ύπαρξης ή μη, διαφορών στα ποσοστά των εμβολιασμών των δύο υπό εξέταση ομάδων, είναι ευδιάκριτο πως τα επίπεδα ανοσοποίησης των Ρομά βρέθηκαν σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από τα αντίστοιχα των Ελληνόπουλων για όλα τα εμβόλια. Έτσι καταδεικνύεται η πολύ σημαντική διαφορά στην εμβολιαστική κάλυψη των δύο ομάδων, καθιστώντας σαφή την ύπαρξη ανισοτήτων. Τα ευρήματα της μελέτης συμβαδίζουν με αυτά της Εθνικής μελέτης του 2006, όπου επιβεβαιώνει το πολύ χαμηλό επίπεδο ανοσοποίησης των παιδιών Ρομά συγκριτικά με τις μη μειονοτικές ομάδες (Παναγιωτόπουλος, 2009), αλλά και με αυτά άλλων πανευρωπαϊκών μελετών (Ercoli et al., 2015 · Kraigher et al., 2006).

Στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκαν εμβόλια για τα οποία υπήρξαν πολύ μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αυτά του εμβολίου του αιμόφιλου της ινφλουέντζας, της ανεμοβλογιάς, του MMR, του BCG, της ηπατίτιδας Α, της πολιομυελίτιδας, όπου οι διαφορές εκκινούσαν από το 20% και σε κάποιες περιπτώσεις εμβολίων σχεδόν άγγιζαν το 70%. Αυτά τα ποσοστά ανοσοποίησης συμβαδίζουν και με όσα ευρήματα εντοπίζονται σε μελέτη που διεξήχθη σε 12 χώρες της κεντρικής και νοτιοανατολικής Ευρώπης (Duval et al., 2016). Η μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά εντοπίστηκε στο εμβόλιο της ηπατίτιδας Α, όπου η διαφορά ανήλθε στο 66,4%. Αυτή η μεγάλη απόκλιση μπορεί να δικαιολογηθεί και από το γεγονός πως η 1η δόση του εμβολίου διενεργείται από το 12ο μήνα και έπειτα, όπου το ενδιαφέρον των Ρομά δεν φαίνεται να χαρακτηρίζεται από την ίδια ένταση για τους εμβολιασμούς, όπως ισχύει κατά τους πρώτους μήνες γέννησης των παιδιών τους.

Ως προς τους Ρομά η μελέτη ανέδειξε υψηλότερα επίπεδα εμβολιασμών τους έναντι της ηπατίτιδας Β (81,4%), σε αντίθεση με προγενέστερη μελέτη που διενεργήθηκε σε υποβαθμισμένες περιοχές της Αθήνας το 2002, όπου σε ποσοστό μόλις 14% των παιδιών τους εντοπίζονται δείκτες παρελθόντος εμβολιασμού (anti-HBs(+), anti-HBc(-)), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το γενικό πληθυσμό ανερχόταν σε 96% (Michos et al., 2008).

Αναφορικά με την εμβολιαστική κάλυψη του υπό μελέτη πληθυσμού με το εμβόλιο της διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικού κοκκύτη (DTP) βρέθηκαν υψηλά ποσοστά και για τις δύο

ομάδες, με κύριο χαρακτηριστικό τη σχετικά μικρή διαφορά ανάμεσα τους (Έλληνες Ρομά: 82,5% - Ελληνόπουλα: 99,1%). Σε αντιδιαστολή, η πανελλαδική μελέτη που ερευνήσε τα εμπόδια στην εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών Ρομά ως προς το εμβόλιο του DTP, την περίοδο 2012-2013 παρουσιάζει ποσοστό εμβολιασμού περίπου στο 54% για την 1η δόση (Παπαμιχαήλ, 2018). Αρκετά χαμηλά ανευρέθησαν τα ποσοστά για τον εμβολιασμό έναντι του αιμόφιλου της ινφλουέντζας, απόρροια ίσως της αδιαφορίας των Ρομά, αλλά και της ανεπαρκούς ενημέρωσης τους, σχετικά με έναν ιό του οποίου ίσως να μην γνωρίζουν ούτε καν την ονομασία του.

Όσον αφορά το επίπεδο της ανοσίας έναντι του ιού της πολιομυελίτιδας, όπως προαναφέρθηκε υπήρξε πολύ μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις υπό μελέτη ομάδες, η οποία άγγιξε το 40%. Παρόμοια εμβολιαστική κάλυψη ως προς τον πληθυσμό των Ρομά βρέθηκε για το εν λόγω εμβόλιο (62%) και από την έρευνα που διεξήχθη σε χώρες των Βαλκανίων την περίοδο 2011 έως 2014 (Multiple Indicator Cluster Survey, 2014). Ως προς το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου, τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν ποσοστό εμβολιασμένων Ρομά παιδιών ύψους 71,1%, ενώ το ποσοστό των Ελληνόπουλων ανήλθε σε 87,9%. Για το ποσοστό εμβολιασμών για τον μηνιγγιτιδόκοκκο καταγράφεται επίσης μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων η οποία αποτυπώνεται στο 37%. Το ποσοστό ως προς τους Ρομά ανέρχεται στο 44,3%, το οποίο συμβαδίζει και με την εθνική μελέτη του 2012 η οποία εντοπίζει ποσοστό 42% για την 1η δόση (Παναγιωτόπουλος, 2013).

Υψηλή εμβολιαστική κάλυψη παρουσιάζουν και οι δύο ομάδες για το εμβόλιο της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς, μία συνθήκη η οποία επιβεβαιώνεται και σε αρκετές ακόμα μελέτες (Theeten et al., 2011 · Μιχαήλ και συν., 2009). Το εύρημα αυτό ίσως επεξηγείται και από το γεγονός της κινητοποίησης και της ανησυχίας των γονέων, εξαιτίας της επιδημίας ιλαράς, όπου από τον Μάιο του 2017 έχει εκδηλωθεί στην Ελλάδα, προσβάλλοντας κατά κύριο λόγο την κοινωνική ομάδα των Ρομά (Παπαμιχαήλ, 2018). Χαμηλά ποσοστά εμβολιασμών παρατηρούνται και για τις δύο ομάδες σχετικά με τα εμβόλια της φυματίωσης, της γρίπης και του ροταϊού. Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί το γεγονός πως για το εμβόλιο του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων δεν βρέθηκε κανένα εμβολιασμένο παιδί Ρομά. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός της ελλιπούς ενημέρωσης των γονέων, αλλά και της ανεπαρκούς οργανωμένης κρατικής προώθησης του εμβολίου, καθώς το συγκεκριμένο εμβόλιο αποτελεί ένα από τα πιο πρόσφατα ενταγμένα στο ΕΠΕ.

6.1.2. Διερεύνηση Ανισοτήτων & Εμποδίων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τα πεδία όπου εντοπίζονται οι ανισότητες στους παιδικούς εμβολιασμούς μεταξύ των Ελληνόπουλων και των Ελληνόπουλων Ρομά, μέσω της απάντησης στο ερευνητικό ερώτημα που αναφέρεται στην ανίχνευση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ύπαρξη των ανισοτήτων αυτών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, τα Ελληνόπουλα είχαν γονείς με σημαντικά υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης έναντι των Ελλήνων Ρομά, οι οποίοι στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν είχαν καμία εκπαίδευση. Το χαμηλό ή ακόμα και ανύπαρκτο εκπαιδευτικό επίπεδο ίσως συνιστά μία από τις σημαντικότερες ανισότητες που μπορούν να εντοπιστούν σε ένα κοινωνικό σύνολο, αποτελώντας εφελθτήριο πολλών προβλημάτων (Danis et al., 2010). Γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι περισσότερο ευάλωτοι απέναντι σε φήμες και κακή πληροφόρηση σχετικά με τα ζητήματα των εμβολιασμών (λ.χ. παραπληροφόρηση για ενδεχόμενες παρενέργειες), με άμεση συνέπεια τα χαμηλά εμβολιαστικά επίπεδα των παιδιών τους, γεγονός που επαληθεύεται στην περίπτωση των Ρομά (Παπαμιχαήλ, 2018). Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει πως το επίπεδο μόρφωσης και ιδιαίτερος αυτό της μητέρας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση ανισοτήτων στους παιδικούς εμβολιασμούς (Ataguba et al., 2016).

Σημαντικά υψηλότερη ήταν η απόλυτη συμφωνία των Ελλήνων με την πρόταση «Θεωρείτε ότι είναι σημαντικοί για την προστασία της υγείας του παιδιού σας οι παιδικοί εμβολιασμοί» σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά, όπου εν μέρει μπορεί να δικαιολογήσει τα χαμηλά επίπεδα ανοσοποίησης τους. Δεν μπορεί όμως να αγνοηθεί το γεγονός ότι γενικότερα και οι δύο πληθυσμοί συμφωνούσαν ως προς τη σπουδαιότητα των εμβολιασμών σε παραπλήσια ποσοστά, όπως έχει καταγραφεί και σε πολλές ακόμα μελέτες (Smith et al., 2017). Με γνώμονα το συμπέρασμα πως και οι Ρομά θεωρούν σημαντικούς τους εμβολιασμούς, οι στρατηγικές ανάταξης των χαμηλών εμβολιαστικών επιπέδων τους θα πρέπει να εστιάσουν και σε άλλα πεδία, όπως αυτό της ενημέρωσης, ένα μέτρο αντιμετώπισης το οποίο απαντάται κατά κόρον στη διεθνή βιβλιογραφία (Ataguba et al., 2016).

Αυτή λοιπόν η απουσία επαρκούς ενημέρωσης των Ρομά διαφαίνεται και από τη μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις υπό μελέτη ομάδες, ως προς το εύρημα πως οι γονείς των Ελληνόπουλων γνώριζαν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό από τους Ρομά σημαντικά δεδομένα που αφορούν τους εμβολιασμούς, όπως ότι οι πρώτοι εμβολιασμοί πρέπει να γίνονται από τη στιγμή που γεννιέται το παιδί τους, πως οι παιδικοί εμβολιασμοί σχεδόν ολοκληρώνονται στην ηλικία των 14 ετών, το πότε

γίνονται οι πρώτοι εμβολιασμοί για την καθεμία ασθένεια ξεχωριστά, καθώς και σε ποια χρονική στιγμή διενεργούνται οι αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων για καθεμία ασθένεια ξεχωριστά. Γενικότερα, η άγνοια των Ρομά για πολύ βασικά ζητήματα των εμβολιασμών αποτελεί μείζον πρόβλημα που εμποδίζει την επίτευξη επαρκούς εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών τους (Παπαμιχαήλ, 2018).

Υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων του υπό μελέτη πληθυσμού σχετικά με το αν «υπήρχε κάποιο εμβόλιο που δεν έγινε η 1η δόση στην κατάλληλη ηλικία» ($p < 0,001$) και με το αν «υπήρχε κάποιο εμβόλιο που δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία» ($p < 0,001$). Τα ποσοστά των ατόμων που δεν γνώριζαν την απάντηση στις συγκεκριμένες ερωτήσεις ήταν σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα των Ελλήνων Ρομά, επιβεβαιώνοντας πως για τους Ρομά η πρόληψη μέσω των εμβολιασμών δεν αποτελεί προτεραιότητα. Ο μοναδικός λόγος για να ενδιαφερθούν για την υγεία τους είναι η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, οι οποίες έχουν ως συνέπεια τη διακοπή της ομαλότητας της καθημερινότητας τους (Κοτρώτσιου & Σκεντέρης, 2014). Η αδιαφορία των Ρομά σε σχέση με την υγεία τους αποτυπώνεται και από το εύρημα των σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων αναφορικά με το αν γνώριζαν αν «είχε εμφανιστεί στα παιδιά τους κάποια αλλεργία ή άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια από τη χορήγηση κάποιου εμβολίου». Το ποσοστό των γονέων που δεν γνώριζαν ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα των Ελλήνων Ρομά ($p < 0,001$).

Ο κεφαλαιώδης αντίκτυπος της σωστής και αξιόπιστης ενημέρωσης ενάντια στη δημιουργία εμβολιαστικών ανισοτήτων διαφαίνεται και από το γεγονός πως οι Έλληνες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά εμβολιασμών από τους Ρομά, λόγω ότι εμπιστεύονταν τον παιδίατρο που εμβολιάζει το παιδί τους, ώστε να ενημερώνονται για ζητήματα των εμβολιασμών, σε ποσοστά σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα των Ρομά. Αντίθετα οι Έλληνες Ρομά εμπιστεύονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και τους άλλους γονείς, ώστε να ενημερώνονται για τους εμβολιασμούς. Γενικότερα η βιβλιογραφία καταγράφει ως πρωταρχική αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης για τους εμβολιασμούς τον παιδίατρο και ακολούθως τον νοσηλευτή, την επισκέπτρια υγείας και άλλους φορείς, όπως το Υπουργείο Υγείας (Smith & Newton, 2016).

Οι Έλληνες Ρομά εξέφρασαν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό απόψεις όπως ότι «η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνουν ή να καθυστερήσουν κάποια εμβόλια στα παιδιά τους», «η οικονομική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει να μετακινηθούν στα ιατρεία εμβολιασμών και να πληρώσουν το οικονομικό κόστος του

εμβολίου» και πως «δεν είναι εύκολη η πρόσβαση τους στα ιατρεία εμβολιασμών», σε σύγκριση με τους Έλληνες. Τα προβλήματα της απόστασης και του κόστους προσβασιμότητας προς τις δομές υγείας που εντόπισε η συγκεκριμένη μελέτη και τα οποία συμβαδίζουν με τα ευρήματα πολλών ακόμα μελετών (Παπαμιχαήλ, 2018 · Danis, et al., 2010 · Παναγιωτόπουλος, 2009) τείνουν να αποτελούν κύριους αποτρεπτικούς παράγοντες για τους Ρομά ενάντια στην πραγματοποίηση των εμβολιασμών των παιδιών τους. Ο συγκεκριμένος πληθυσμός δεν είναι διατεθειμένος να δαπανά τα μικρά εισοδήματά του σε επιλογές που δεν αποτελούν προτεραιότητα για αυτόν, όπως οι εμβολιασμοί (Földes & Covaci, 2012). Αυτή η πραγματικότητα επιβεβαιώνεται και από ένα ακόμα εύρημα της μελέτης, αυτού της σημαντικά συχνότερης επισκεψιμότητας των Ελλήνων στον παιδίατρο, σε σύγκριση με τους Ρομά. Το γεγονός πως η υπάρχουσα οικονομική κατάσταση της Ελλάδας έχει ήδη αφήσει το στίγμα της στους εμβολιασμούς των Ρομά, θα πρέπει να κινητοποιήσει τους κρατικούς φορείς προς τη λήψη περαιτέρω μέτρων με σκοπό τη θωράκιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Η ασφαλιστική ικανότητα και η κατοχή ατομικού βιβλιαρίου υγείας βρέθηκαν σε πολύ υψηλότερα ποσοστά για την ομάδα των Ελλήνων, έναντι των Ρομά. Η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια ως προς την πρόσβαση στην υγεία, με συνέπεια την αποθάρρυνση των Ρομά για εμβολιασμούς (Zeman et al., 2003). Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η αρνητική επίδραση της χαμηλής ασφαλιστικής ικανότητας των Ρομά είναι πιθανό να είχε επιφέρει δυσμενέστερες συνέπειες ως προς τους εμβολιασμούς, εάν δεν είχε θεσπιστεί ο νόμος του 2016 (Ν.4368/2016), περί ελεύθερης πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας από τις ανασφάλιστες και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Τα υποδεέστερα ποσοστά κατοχής ατομικού βιβλιαρίου υγείας των Ρομά αποτελούν έναν ακόμα δυνητικό παράγοντα που συμβάλλει στην ύπαρξη ανισοτήτων μεταξύ των δύο πληθυσμών. Η απουσία βιβλιαρίου εμβολιασμών αυτομάτως συσχετίζεται με ελλιπές ατομικό ιατρικό ιστορικό του παιδιού, δημιουργώντας περιορισμούς και εμπόδια για την ομαλή συνέχιση των εμβολιασμών. Δεν μπορεί όμως να παραβλεφθεί και το γεγονός πως το 73,2% των γονέων Ρομά είχε στην κατοχή του το «Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού», διαψεύδοντας την τετριμμένη αντίληψη πως οι Ρομά δεν διαθέτουν βιβλιάριο εμβολιασμών (Stojanovski et al., 2012). Όμως τα ποσοστά αυτά ίσως να μην είναι αντιπροσωπευτικά, καθώς οι συμμετέχοντες Ρομά, ως επί το πλείστον ήταν κάτοικοι πόλεων με σχετικά καλό επίπεδο συνθηκών διαβίωσης στους οικισμούς τους. Παρόμοια ποσοστά κατοχής βιβλιαρίου, αλλά και η θετική αυτή συσχέτιση ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης και τα ποσοστά

κατοχής βιβλιαρίου από τους Ρομά έχουν αναδειχθεί και από άλλες εθνικές μελέτες (Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, 2008).

Όσον αφορά τον τόπο διεξαγωγής των εμβολιασμών η πλειοψηφία των Ελλήνων εμβολίαζε το παιδί τους σε ιδιώτη παιδίατρο (Ντάνης, 2013), ενώ η πλειοψηφία των Ελλήνων Ρομά σε δημόσιες Μονάδες Υγείας (80,2%). Τα ευρήματα αυτά κυρίως υποδηλώνουν την αδυναμία των Ρομά να καταβάλουν το οικονομικό αντίτιμο της επίσκεψης στον ιδιώτη παιδίατρο, με επακόλουθο τον συμβιβασμό τους ως προς την κάλυψη των αναγκών τους, στις υπάρχουσες δημόσιες υγειονομικές δομές. Η οικονομική αυτή ανισότητα ουσιαστικά αποτελεί εμπόδιο ενάντια στη συχνότητα του πλήρους εμβολιασμού των παιδιών, καθώς σύμφωνα και με τα πορίσματα εθνικής μελέτης του 2006 η επιλογή των ιδιωτών παιδιάτρων υπερτερεί έναντι των άλλων φορέων ως προς τους ολοκληρωμένους εμβολιασμούς (Παναγιωτόπουλος, 2009).

Ο βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του προσωπικού των ιατρικών εμβολιασμού ήταν μεγαλύτερος στους Έλληνες, σε σύγκριση με τους Έλληνες Ρομά ($p < 0,001$). Σε αυτό φαίνεται να συντελούν η πλημμελής ατομική τους υγιεινή και σε κάποιες περιπτώσεις τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς τους. Διεθνείς δημοσιεύσεις αναφέρουν πως οι φυλετικές διακρίσεις λειτουργούν ως αποτρεπτικός παράγοντας για τους Ρομά στο να επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας για τους εμβολιασμούς τους (Foldes & Covaci, 2012).

6.2. Ανακεφαλαίωση

Είναι ξεκάθαρο πως η διενέργεια εθνικών ποσοτικών και ποιοτικών μελετών με πρώτιστο σκοπό την κατανόηση της νοοτροπίας και της συμπεριφοράς των Ρομά, είναι δυνατό να συνδράμουν στην αναχαίτιση των ανισοτήτων που βιώνουν, ως προς το βαρύνουσα σημασίας ζήτημα των εμβολιασμών. Συνοψίζοντας τα ευρήματα της μελέτης διαφαίνεται σε μεγάλο βαθμό η έλλειψη ορθής, συστηματικής και αξιόπιστης ενημέρωσης των Ρομά για το ζήτημα της παιδικής ανοσοποίησης, καθώς ο κύριος όγκος πληροφόρησής τους προέρχεται από πηγές ενημέρωσης, αμφιβόλου εγκυρότητας. Στοχευμένες ενέργειες για τον προσανατολισμό των Ρομά προς τις ορθές και αξιόπιστες εστίες ενημέρωσης, όπως ο παιδίατρος που διαχρονικά αποτελεί την πιο αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης, μπορούν δυνητικά να αποτελέσουν εφαλτήριο για την πλήρη διαφοροποίηση της οπτικής και στάσης τους έναντι των εμβολιασμών.

Τα διηλεκτική, οικονομικής φύσεως εμπόδια που βιώνουν οι Ρομά, σχετιζόμενα κυρίως με το κόστος προσβασιμότητας στις Μονάδες Υγείας, λόγω της απόστασης (Duval et al., 2016 · Paulussen et al., 2013 · Idzerda et al., 2011), φαίνεται να μεγεθύνονται εν μέσω οικονομικής κρίσης. Δεδομένου ότι για τους Ρομά οι εμβολιασμοί δεν αποτελούν αυτοσκοπό, η ύπαρξη οικονομικών δυσχερειών λειτουργεί αποτρεπτικά στο να εμβολιάζουν και κυρίως να συνεχίζουν τους εμβολιασμούς των παιδιών τους. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τα πορίσματα της μελέτης, όπου για όσους εμβολιασμούς, βάσει του ΕΠΕ, εκκινούσαν κατά τη γέννηση των παιδιών τους ή 2 με 3 μήνες μετά, καταγράφηκαν υψηλότερα ποσοστά εμβολιασμών. Είναι πολύ πιθανό οι οικονομικές αυτές ανισότητες να ήταν πιο έντονες εάν δεν είχαν προηγηθεί μέτρα, όπως αυτού της εφαρμογής του νόμου περί ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, παρέχοντας σε όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως, δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Από την οικονομική στενότητα της μειονοτικής αυτής ομάδας απορρέει και το γεγονός πως η συντριπτική πλειοψηφία τους απευθύνεται αποκλειστικά στις υπάρχουσες δημόσιες υγειονομικές δομές. Οι Ρομά κατά ένα μεγάλο ποσοστό θεωρούν πως η αντιμετώπιση τους από το προσωπικό των δομών αυτών δεν είναι η ενδεδειγμένη, καταγγέλλοντας συχνά ρατσιστικές συμπεριφορές. Είναι αυτονόητο πως η εν γένει συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού δεν θα πρέπει να είναι υπέρμαχος ύπαρξης ανισοτήτων, αλλά αντίθετα θα πρέπει να λειτουργεί ως πυλώνας προαγωγής της δημόσιας υγείας.

Η μελέτη αποπειράθηκε να συνδράμει στο φλέγον ζήτημα των παιδικών εμβολιασμών μέσω της διερεύνησης των ανισοτήτων που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι Ρομά. Επιβεβαίωσε το γεγονός πως εν μέσω της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που μαστίζει την Ελλάδα, οι ανισότητες αυτές τείνουν να μεγεθύνονται. Τα πορίσματα της μελέτης μπορούν εν δυνάμει να κατευθύνουν τους αρμόδιους φορείς χάραξης πολιτικής στα πεδία όπου θα πρέπει να εστιάσουν ώστε να παταχθούν οι διακρίσεις, προάγοντας ταυτόχρονα τη δημόσια υγεία.

6.3. Περιορισμοί της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποτελεί τοπική μελέτη και όχι εθνικού επιπέδου. Δεδομένου ότι η έρευνα επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των ανισοτήτων μεταξύ δύο πληθυσμών, δεν έγινε απόπειρα αποτύπωσης του αριθμού των δόσεων για το κάθε εμβόλιο ξεχωριστά. Στην έρευνα περιλήφθηκαν

τα παιδιά στα οποία είχε διενεργηθεί έστω η 1η δόση του κάθε εμβολίου. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο κάποιων συμμετεχόντων και οι δυσχέρειες στην επικοινωνία με ορισμένους από αυτούς ενδέχεται να διαδραμάτισε ρόλο στη συλλογή αξιόπιστων στοιχείων. Κατά τη διάρκεια της δόμησης της μελέτης άλλαξαν τα ηλικιακά όρια των παιδιών που εξετάζονται από τους παιδίατρος για ειδικές περιπτώσεις ασθενειών, από την ηλικία των 14 στα 16 έτη (Υπουργείο Υγείας, Εγκύκλιος Γ5α/Γ.Π.οικ.79678 Αθήνα 17-10-2018). Το γεγονός αυτό επηρέασε το εύρος των ηλικιών των παιδιών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Παρότι ο αρχικός σχεδιασμός για τη συλλογή των δεδομένων αναφερόταν στο χρονικό διάστημα από 1.11.2018 έως 31.1.2019, χρειάστηκε να γίνει τροποποίηση του χρονοδιαγράμματος, καθώς καθυστέρησαν να εκδοθούν οι εγκρίσεις των επιστημονικών συμβουλίων της Διοίκησης της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και του Γ.Ν.Π.Π «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ».

6.4. Προτάσεις

Γενικότερα για το «κεφάλαιο» της υγείας, η πρόληψη και η προαγωγή αποτελούν θεμέλιο λίθο αποφυγής δυσμενών επιπτώσεων για το κοινωνικό σύνολο. Έτσι και για το ζήτημα των παιδικών εμβολιασμών η κρατική μέριμνα με σκοπό τη σύσταση και βελτίωση των υπαρχόντων προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης και Αγωγής Υγείας θα πρέπει να είναι αέναη και να συντάσσεται σύμφωνα με τις διεθνείς εξελίξεις. Κύρια μέτωπα εφαρμογής των εν λόγω ενεργειών θα πρέπει να είναι τα σχολεία, οι υποβαθμισμένες περιοχές και οι μειονοτικές ομάδες, αποσκοπώντας στην αύξηση του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης των πληθυσμών και της συρρίκνωσης των κοινωνικών ανισοτήτων, διασφαλίζοντας τη δημόσια υγεία.

Σημαντικά μέτρα για τον περιορισμό των ανισοτήτων που βιώνουν η Ρομά διεθνώς, αποτελούν οι στοχευμένες και συντονισμένες προσπάθειες για την ενημέρωση τους (Smith & Newton, 2016) και ιδιαίτερος ως προς τις μητέρες, καθώς φαίνεται να φέρουν αποκλειστικά την ευθύνη για τη φροντίδα των τέκνων τους. Η επαναλαμβανόμενη, αξιόπιστη και επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση, κυρίως από τον παιδίατρο είναι απαραίτητη για την άμβλυνση των ανισοτήτων και την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης τους. Είναι δυνατό να λειτουργήσει αποτρεπτικά ενάντια στη λήψη αναξιόπιστης και παραπλανητικής πληροφόρησης, περί πιθανών ανυπόστατων παρενεργειών των εμβολίων, δημιουργώντας αίσθημα ασφάλειας μέσω της επισήμανσης των οφελών των εμβολιασμών.

Επιπρόσθετα μέσω της συνεχούς ενημέρωσης των Ρομά μπορούν να υπερκεραστούν εμπόδια που πηγάζουν από το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά και τα ιδιαίτερα γλωσσικά χαρακτηριστικά τους, τα οποία δημιουργούν προβλήματα επικοινωνίας και κατανόησης των ιατρικών οδηγιών. Κατά αυτό τον τρόπο δύνανται να δημιουργηθούν ευνοϊκότερες προϋποθέσεις διεξαγωγής ολοκληρωμένων εμβολιασμών.

Με σκοπό τη διενέργεια συνεχιζόμενων εμβολιασμών είναι επιτακτική η ενίσχυση του αριθμού, αλλά και του τρόπου λειτουργίας των δημοσίων εμβολιαστικών κέντρων, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, με έμπυχο ανθρώπινο δυναμικό, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και συνεχή εφοδιασμό τους με εμβόλια. Οι ενέργειες αυτές κρίνονται απαραίτητες, καθώς τα κέντρα αυτά καλούνται να καλύπτουν τις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες των ευάλωτων και ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, ελέω οικονομικής κρίσης. Χάριν του συνδυασμού, των προαναφερθέντων συνθηκών και της δεδομένης ένδειας που βιώνουν οι Ρομά, η ενδεχόμενη σύσταση περισσότερων εμβολιαστικών κέντρων θα επιφέρει καλύτερες συνθήκες προσβασιμότητας-εγγύτητας, αυξάνοντας την επισκεψιμότητα τους.

Όσον αφορά όμως την ενίσχυση των δομών με ανθρώπινο δυναμικό, εκτός της ποσοτικής ενδυνάμωσης, θα πρέπει να τονωθούν και οι προσπάθειες για την ποιοτική αναβάθμιση του προσωπικού. Βελτιώνοντας τις γνώσεις των εργαζομένων για τα ζητήματα των εμβολιασμών, αλλά και γενικότερα των πτυχών της συμπεριφοράς τους απέναντι στους Ρομά, μπορούν να επιτευχθούν θετικότερα αποτελέσματα, συμβάλλοντας στην αλλαγή της οπτικής που έχει η μειονοτική αυτή ομάδα απέναντι στους εμβολιασμούς, βελτιώνοντας τα επίπεδα ανοσοποίησης τους.

Οι οικιστικές ανισότητες, όπως ο συγχρωτισμός στους τόπους διαμονής των Ρομά, οι επικίνδυνες συνθήκες διαβίωσης τους και η απουσία επαρκών συνθηκών υγιεινής μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω πολιτικών αφομοίωσης τους από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ένα σημαντικό μέτρο προς αυτή την κατεύθυνση, θα μπορούσε να αποτελέσει η αυξημένη σχολική απορρόφηση των παιδιών τους, ενσωματώνοντας τα στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και δημιουργώντας ταυτόχρονα τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή και των γονέων τους στις απορρέουσες σχολικές δραστηριότητες.

Κρίνεται επιβεβλημένη αφενός η λεπτομερής καταγραφή των εμβολιασμών από όλες τις δημόσιες υγειονομικές δομές και αφετέρου η διεξαγωγή εθνικών ποιοτικών και ποσοτικών μελετών για την κατανόηση της νοοτροπίας, αλλά και των ιδιαίτερων προβλημάτων που βιώνουν οι Ρομά. Επιπρόσθετα μεγάλη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί και στις προσπάθειες για την ακριβή μέτρηση

του πληθυσμιακού τους μεγέθους. Εκτιμώντας τις παραπάνω παραμέτρους και σε συνδυασμό με τον προσδιορισμό του εμβολιαστικού τους επιπέδου μπορεί να καταστεί πιο εφικτή η χάραξη ορθολογικών συντεταγμένων πολιτικών υγείας ενάντια σε οποιασδήποτε μορφής ανισότητα.

Για την πάταξη των ανισοτήτων στους εμβολιασμούς, πέραν των μέτρων, όπως ο νόμος του 2016 για την παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, είναι επιτακτική η συνδυαστική κρατική παρέμβαση σε όλους συνολικά τους τομείς, της εκπαίδευσης, της στέγασης και της υγείας, λαμβάνοντας δραστικά και ουσιώδη μέτρα. Το σύνθετο ζήτημα των ανισοτήτων, όπου στις μέρες μας λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις και η φύση του πολυδιάστατου χώρου της υγείας και δη των εμβολιασμών απαιτούν ευρύτερη και συστηματικότερη μελέτη, καθιστώντας αναγκαία την περαιτέρω έρευνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αναγνωστοπούλου, Α. (2017). Εμβολιαστική Κάλυψη Παιδιών - Απόψεις και Στάσεις Γονέων. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Βανταράκη, Χ. (2017). Θέση και Στάση των Γονέων Απέναντι στους Εμβολιασμούς των Παιδιών τους. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Ζαροκόστα, Ε., Τζάνας, Κ., Τσεβά, Α. (2009). Υγεία και Κοινότητα των Ρόμα: Ανάλυση της Κατάστασης στην Ελλάδα, Αθήνα.
- Καραμπερόπουλος, Δ. (2006). Η Πρώτη Επιστημονική Εφαρμογή του Εμβολιασμού κατά της Ευλογιάς από τους Έλληνες Ιατρούς Εμμ. Τιμόνη και Ιακ. Πυλαρινό (αρχές 18ου αι.). Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών, 53(4):347-351.
- ΚΕΕΛΠΝΟ, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, Γραφείο Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Νοσημάτων(2018). Μηνιαία Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης της Λοίμωξης από τον Ιό της Ιλαράς, Αθήνα.
- Κοτέλη, Α. (2005). Εμβόλια – Ιστορική Αναδρομή. 3ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο: Εμβόλια Χθες και Σήμερα,17-45.
- Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Λαχανά, Ε. (2018). Ανισότητες Υγείας των Ρομά στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Μια Βιβλιογραφική Επισκόπηση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 10(2):123-130.
- Κοτρώτσιου, Σ., Σκεντέρης, Ν. (2014). Οι Πεποιθήσεις των Ρομά για την Υγεία και η Επίπτωση Αυτών στη Φροντίδα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(1):18–23.
- Κρεμαστινού, Τ. (2007). Δημόσια Υγεία-Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα.
- Μιχαήλ, Κ., Τσίφτης, Γεώργιος., Τσουμάκας, Κ., Ανδρουλάκης, Ι., Παυλοπούλου, Ι. (2009). Εμβολιαστική Κάλυψη Παιδιών Προσχολικής Ηλικίας με τα Παλαιά και Νεότερα Εμβόλια στην Περιοχή της Αθήνας. Πρακτικά 16ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, Νοέμβριος 2009, Λευκωσία.
- Μιχαλοπούλου, Κ. (2018). Στάση και Απόψεις Γονέων για τον Εμβολιασμό Των Παιδιών τους. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών σε Συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα.
- Μπαμπάτσικου, Φ. (2010). Επιδημιολογικά Δεδομένα των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων στους Ηλικιωμένους. Το Βήμα του Ασκληπιού,9(3):230-242.

- Μωυσίδου, Α. (2017). Συστήματα Υγείας και Ανισότητα: Συγκριτική Μελέτη των Τάσεων και Προοπτικών στις Χώρες της Ευρώπης. Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Κομοτηνή.
- Νόμος 4368/2016, Υποκεφάλαιο Ε1 - Μέτρα ανακούφισης από την Ανθρωπιστική Κρίση και Διασφάλιση της Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης του Πληθυσμού, Άρθρο 33.
- Ντάνης, Κ. (2013). Παρακολούθηση της Εμβολιαστικής Κάλυψης των Παιδιών και των Στάσεων των Γονέων στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Παναγιωτόπουλος, Τ., Παπαμιχαήλ, Δ., Σταύρου, Δ., Λάγγας, Δ., Γαβανά, Μ., Σαλονικιώτη, Α., Γκόγκογλου, Β., Θεοχαρόπουλος, Γ., Κουτεντάκης, Κ., Μπένος, Α., Γιαννακόπουλος, Σ., Γεωργακοπούλου, Θ., Γκολφινόπουλου, Κ., Δέτσης, Μ., Κεραμάρου, Μ., Λειβαδίτη, Β., Μέλλου, Κ., Ντάνης, Κ., Παντελή, Ι., Περβανίδου, Δ., Σιδερόγλου, Θ., Τσάνα, Μ. (2013). Έκθεση Εθνική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού των Παιδιών στην Ελλάδα, 2012. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- Παναγιωτόπουλος, Τ., Γεωργακοπούλου, Θ., Σταύρου, Δ., Ντάνης, Κ., Λάγγας, Δ., Γεωργιάδου, Α., Βόβα, Μ., Δεδούκου, Ξ., Ηλιοδρομήτη, Ζ., Κατερέλος, Π., Μένεγας, Δ., Μυλωνά, Ε., Μυλωνά, Φ., Οικονομάκος, Δ., Γαβανά, Μ., Γιαννακόπουλος, Σ., Καβάκα, Ν., Κούτης, Α., Μπένος, Α., Σπάλα, Γ., Αντωνιάδου, Ι. (2009). Έκθεση Εθνική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού και Συχνότητας Φυματικής Λοίμωξης στα Παιδιά. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2006, Αθήνα.
- Παναγιωτόπουλος, Τ., Βαλάσση-Αδάμ, Ε., Σαραφίδου, Ε., Μπένος, Α., Λειβαδίτη, Β., Παπαδημητροπούλου, Α. (2002). Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών 2001: Κάλυψη με DTP και MMR. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας (Τόμος Περιλήψεων, Νο. 63), Αθήνα.
- Παναγιωτόπουλος, Τ. (1999). Μεθοδολογικά Προβλήματα Στην Έρευνα Για Την Κατάσταση Εμβολιασμού στην Ελλάδα Συστηματική Ανασκόπηση Μελετών, 1970-1995. Παιδιατρική, 62:116-30.
- Παναγιωτόπουλος, Τ., Βαλάσση-Αδάμ, Ε., Σαραφίδου, Ε., Μανδέκη, Α., Στρατίκη, Ζ., Μπένος, Α., Αδαμίδης, Δ., Κούτης, Α., Λιονής, Χ. (1999): Πανελλαδική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16:154-162.
- Παπαμιχαήλ, Δ. (2018). Εκτίμηση Εμβολιαστικής Κάλυψης του Παιδικού Πληθυσμού των Τσιγγάνων στην Ελλάδα και Διερεύνηση Εμποδίων Εμβολιασμού. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Παπαμιχαήλ, Δ., Σταύρου, Θ., Λάγγας, Δ., Γαβανά, Μ., Παντελή, Ι., Τσάνα, ΜΑ. (2012). Εθνική μελέτη εμβολιασμών: Απόψεις και Στάσεις των Γονιών για Θέματα Εμβολιασμού Των Παιδιών. Πρακτικά 40ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Μάιος 2013, Αθήνα.

- Παππά, Μ. (2012). Διερεύνηση της Εμβολιαστικής Κάλυψης του Μαθητικού Πληθυσμού Ελλήνων και Αλλοδαπών στο Δήμο της Σαλαμίνας. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών ΕΣΔΥ– ΤΕΙ –Α, Αθήνα.
- Περηφάνου, Δ., Παναγιωτόπουλος, Τ., Βαλάσση-Αδάμ, Ε., Σαραφίδου, Ε., Μπένος, Α., Λειβαδίτη, Β. (2002). Κατοχή και Πληρότητα του Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού στον Ελληνικό Παιδικό Πληθυσμό. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας (Τόμος Περιλήψεων, Νο. 65), Αθήνα.
- Περσιάνης, Χ. (2011). Σύντομη Ιστορία των Εμβολίων 1796-2011, Λευκωσία.
- Σπυρίδης, Π. (1999). Εμβόλιο Bacille Calmette-Guérin (BCG) ο Γίγας με τα Πήλινα Πόδια. Παιδιατρική, 62:345-7.
- Τζαβέλα, Φ. (2010). Δεοντολογικά Προβλήματα στην Κλινική Έρευνα Το Έντυπο Συγκατάθεσης. Αρχαία Ελληνικής ιατρικής, 27(2):230-238.
- Τούντας, Γ. (2014): Η Σημασία της Πρόληψης στα Παιδιά και στους Εφήβους. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. Ιατρική Σχολή Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής Πανεπιστήμιο Αθηνών Πανελλήνια Έρευνα Υγείας Hellas Health V, Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα.
- Τσέλιου, Ε., Τσόκα, Κ. (2014). Εκπαίδευση των Παιδιών Ρομά, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Φιλοσοφική Σχολή Κέντρο Διαπολιτισμικής Αγωγής Πρόγραμμα, Αθήνα.
- Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και άλλων Πόρων (2008). Εκπόνηση Μελέτης για την Καταγραφή της Υφιστάμενης Κατάστασης των ΡΟΜΑ στην Ελλάδα, Απολογισμός Δράσεων και Εκπόνηση Σχεδίου Δράσης για την 4η Προγραμματική Περίοδο, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας, Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Δ/ση Δημόσιας Υγείας Τμήμα Α΄. Εγκύκλιος Γ1α/Γ.Π.οικ.38867 (2017). Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων 2017, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006). Τα Οικονομικά Της Υγείας, Θεωρία Και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Η Σιωπή, Συνενοχή στις Εξώσεις Ρομά. 4 Σεπτεμβρίου 2006.

Ξενόγλωσση

- Aldabe, B., Anderson, R., Lyly-Yrjänäinen, M., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., Kelleher, C., Niedhammer, I. (2011). Contribution of Material, Occupational, and Psychosocial Factors in the

Explanation of Social Inequalities in Health in 28 Countries in Europe. *J Epidemiol Community Health*, 65(12):1123-31.

- American Academy of Pediatrics (2010). Policy Statement—Increasing Immunization Coverage. *Pediatrics*, 125:1295-1304.
- American Academy of Pediatrics. (2005). Providing Care of Immigrant, Homeless, and Migrant Children. *Pediatrics*, 115:1095-1100.
- Anderson, R., May, R. (1991). *Infectious Diseases of Humans. Dynamics and Control*. Oxford University Press, Oxford.
- Anderson, R., May, R. (1990). Immunisation and Herd Immunity. *Lancet*, 35:641-5.
- Ataguba, J., O. Ojo, K., Ichoku, H. (2016). Explaining socio-economic inequalities in immunization coverage in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1212–1224.
- Atkinson, W., Wolfe, S., Hamborsky, J. (2011). *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. CDC The Pink Book, Washington DC.
- Attanasio, O., Vera-Hernandez, M. (2004). Medium and Long Run Effects of Nutrition and Child Care: Evaluation of a Community Nursery Programme in Rural Colombia. University College London, 1-49.
- Bates, A., Wolinsky, F. (1998). Personal Financial and Structural Barriers to Immunization in Socio-Economically Disadvantaged Urban Children. *Pediatrics*, 101:591–596.
- Black, RE., Morris, SS., Bryce, J. (2003). Where and Why Are 10 million Children Dying Every Year?. *The Lancet*, 361: 2226 – 2234.
- Blackmore, t., Lennon, D., Murdoch, D., Thomas, M., Wilson, E., Grant, C., Masters, C., Reid, R., Turner, N. (2011). *Immunization handbook*. Ministry of Health, Wellington.
- Bloom, DE., Canning, D., Weston, M. (2005). The Value of Vaccination. *World Econ*, 6:15–39.
- Bovier, PA. (2008). Recent Advances with a Virosomal Hepatitis A Vaccine. *Expert Opin Biol Ther*, 8: 1177–1185.
- Braveman, P., Tarimo, E. (2002). Social Inequalities in Health Within Countries: not Only an Issue for Affluent Nations. *Social Science & Medicine*, 54(11), 1621-1635.
- Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., Black, RE. (2005). WHO Estimates of the Causes of Death in Children. *The Lancet*, 365: 1147–52.
- Burns, CC., Diop, OM., Sutter, RW., Kew, OM. (2014). Vaccine-derived polioviruses. *J Infect Dis*, 210(S1):S283–S293.
- CDC. (2006): Vaccination Coverage Among Children Entering School United States, 2005-06 School Year. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 55(41):1124-1126.

- Chuah, C., McElnay, C., Reynolds, E., Turner, N., Verrall, A., Walls, T., Wilson, E. (2017). *Immunisation Handbook*. Ministry of Health, Wellington.
- Clem, AS. (2011). *Fundamentals of Vaccine Immunology*. *J Glob Infect Dis*, 3(1): 73–78.
- Coleman, JR., Papamichail, D., Skiena, S., Futcher, B., Wimmer, E., Mueller, S. (2008). *Virus Attenuation by Genome-Scale Changes in Codon Pair Bias*. *Science*, 320: 1784-7.
- COM (2013). *Commission Staff Working Document. Report on Health Inequalities in the European Union*, Brussels.
- Culyer, A. Wagstaff, A. (1993). *Equity and Equality in Health and Health Care*. *Journal of Health Economics*, 4(12):431-457.
- Culyer, A. (1989). *The Normative Economics of Health Care Finance and Provision*. *Oxford Review of Economic Polic*. Oxford University Press, Oxford.
- Cutts, FT., Claquin, P., Danovaro-Holliday, MC., Rhoda, DA. (2016). *Monitoring Vaccination Coverage: Defining the Role of Surveys*. *Vaccine*, 29;34(35):4103–9.
- Danis, K., Georgakopoulou, T., Stavrou, T., Laggas, D., Panagiotopoulos, T. (2010). *Socioeconomic Factors Play a More Important Role in Childhood Vaccination Coverage Than Parental Perceptions: A Cross-Sectional Study in Greece*. *Vaccine*, 28:1861-1869.
- Danis, K., Georgakopoulou, T., Stavrou, T., Laggas, D., Panagiotopoulos, T. (2009) *Predictors of Childhood Vaccination Uptake: A Cross-Sectional Study in Greece*. *Procedia in vaccinology*, 2(1): 86-91.
- David Smith, D., Newton, P. (2016). *Structural Barriers to Measles, Mumps and Rubella (MMR) Immunisation Uptake in Gypsy, Roma and Traveller Communities in the United Kingdom*. *Journal Critical Public Health*, 27(2): 238-247.
- Doyal, L. & Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. Macmillan, London.
- Dudek, NL., Perlmutter, P., Aguilar, MI., Croft, NP., Purcell, AW. (2010). *Epitope Discovery and their use in Peptide Based Vaccines*. *Curr Pharm Des*, 16(28):3149-57.
- Duval, L., Wolff, FC., McKee, M., Roberts, B. (2016). *The Roma Vaccination Gap: Evidence from Twelve Countries in Central and SouthEast Europe*. *Vaccine*, 34(46):5524-5530.
- Dyson, T., Moore, M. (1983). *On Kinship Structure, Female Autonomy and Demographic Behaviour in India*. *Population and Development Review*, Population Council, 9(1): 35-60.
- Ercoli, L., Iacovone, G., De Luca, S., Mancinelli, S., Gilardi, F., Boscherini, B., Palombi, L., Buonomo, E. (2015). *Unequal Access, Low Vaccination Coverage, Growth Retardation Rates Among Immigrants Children in Italy Exacerbated in Roma Immigrants*. *Minerva Pediatrica*, 67(1):11–18.

- European Union Agency for Fundamental Rights, United Nations Development Programme (2012). The Situation of Roma in 11 EU Member States Survey Results at a Glance. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M., (2001). Challenging inequities in health. Oxford University Press, Oxford.
- Fikree, F., Pasha, O. (2004). Role of Gender in Health Disparity: the South Asian Context. *BMJ*, 328:823-826.
- Fine, P., Eames, K., Heymann, DL. (2011). Herd Immunity: a Rough Guide. *Clin Infect Dis*, 52:911–916.
- Fiore, A., Uyeki, T., Broder, K., Finelli, Lyn., Euler, G., Singleton, J., Iskander, J., Wortley, P., Shay, D., Bresee, J., Cox, N. (2010). Prevention and Control of Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(RR08):1-62.
- Földes, ME., Covaci, A. (2012). Research on Roma Health and Access to Healthcare: State of the Art and Future Challenges. *Int J Public Health*, 57(1):37–39.
- Freed, GL., Clark, SJ., Butchart, AT., Singer, DC., Davis, MM. (2011). Sources and Perceived Credibility of Vaccine-Safety Information for Parents. *Pediatrics*, 127(1):S107-112.
- G. van Panhuis, W., Grefenstette, J., Jung, S., Shong Chok, N., Cross, A., Eng, H., BA, Lee, B., Zadorozhny, V., Brown, S., Cummings, D., Burke, D. (2013). Contagious Diseases in the United States from 1888 to the Present. *N Engl J Med*, 369(22): 2152–2158.
- Georgakopoulou, T., Menegas, D., Katsioulis, A., Theodoridou, M., Kremastinou, J., Hadjichristodoulou, C. (2017). A Cross-Sectional Vaccination Coverage Study in Preschool Children Attending Nurseries-Kindergartens: Implications on Economic Crisis Effect. *Hum Vaccin Immunother*, 13(1): 190–197.
- Geyer, S., Peter, R. (2000). Income, Occupational Position, Qualification and Health Inequalities-Competing Risks? (Comparing indicators of social status). *Journal of Epidemiology Community Health*, 54(4): 299-305.
- Gottret, P., Gupta, V., Sparkes, S., Tandon, A., Moran, V., Berman, P. (2009). Protecting Pro-Poor Health Services During Financial Crises: Lessons from Experience. *Adv Health Econ Health Serv Res*, 21:23–53.
- Gust, DA., Strine, TW., Maurice, E., Smith, P., Yusuf, H., Wilkinson, M. (2004). Underimmunization Among Children: Effects of Vaccine Safety Concerns on Immunization Status. *Pubmed Pediatrics*, 114:16-22.

- Guy, W. (2009). Integrated Programme for the Social Inclusion of Roma. Synthesis Report. On Behalf of the European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion. University of Bristol, Bristol.
- Hajj, H., Chams, N., Chams, S., El Sayegh, S., Badran, R., Raad, M., Gerges-Geagea, A., Leone, A., Jurjus, A. (2015). Vaccines Through Centuries: Major Cornerstones of Global Health. *Front Public Health*, 26(3):269.
- Hamborsky, J., Kroger, A., Wolfe, C. (2015). *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. The Pink Book: Course Textbook - 13th Edition, Washington D.C.
- Hogstedt, H., Lundgren, B., Moberg, H., Pettersson, B., Agren, G. (2004). The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health. *Scan Journal Public Health*, 64(32): 1–64.
- Hosseinpoor, AR., Nambiar, D., Schlottheuber, A., Reidpath, D., Ross, Z. (2016). Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for Exploring and Comparing Health Inequalities in Countries. *BMC Med Res Methodol*, 16(1):141.
- House, S. (2002). Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of health and social behavior*, 125-142.
- Idzerda, L., Adams, O., Patrick, J., Schrecker, T., Tugwell, P. (2011). Access to Primary Healthcare Services for the Roma Population in Serbia: a Secondary Data Analysis. *BMC International Health and Human Rights*, 11:10.
- Jheeta, M., Newell, J. (2008). Childhood Vaccination in Africa and Asia: the Effects of Parents' Knowledge and Attitudes. *Bull World Health Organ.*, 86:419-20.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, JP., McKee, M. (2013). Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *Lancet*, 381:1323–1331.
- Kawachi, I. (2002). A Glossary for Health Inequalities, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9): 647.
- Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H., Stanton, B. (2007). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Saunders Elsevier 18th edition, Philadelphia.
- Kraigher, A., Vidovic, M., Kustec, T., Skaza, A. (2006). Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia. *Coll Antropol*, 30(4):789–794.
- La Parra-Casado, D., Mosquera, PA., Vives-Cases, C., San Sebastian, M. (2018). Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison Between the Roma and General Populations in Spain. *Int J Environ Res Public Health*, 15(1): 121.
- Levinson, W. (2014). *Review of Medical Microbiology and Immunology*. University of Embu, New York.

- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, JE., Cousens, S., Mathers, C., Black, RE. (2015). Global, Regional and National Causes of Child Mortality in 2000–13, With Projections to Inform Post-2015 Priorities: An Updated Systematic Analysis. *The Lancet*, 385: 430 – 440.
- Lopalco, PL., Carrillo Santistevé, P. (2014). Actual Immunization Coverage Throughout Europe: Are Existing Data Sufficient?. *Clin Microbiol Infect*, 5:7–11.
- Manissero, D., Lopalco, PL., Levy-Bruhl, D., Ciofi, ML., Giesecke, J. (2008). Assessing the Impact of Different BCG Vaccination Strategies on Severe Childhood TB in Low-Intermediate Prevalence Settings. *Vaccine*, 26:2253-2259.
- Mellou, K., Sideroglou, T., Papaevangelou, V., Katsiaflaka, A., Bitsolas, N., Verykoui, E., Triantafyllou, E., Baka, A., Georgakopoulou, T., Hadjichristodoulou, C. (2015). Considerations on the Current Universal Vaccination Policy Against Hepatitis a in Greece After Recent Outbreaks, *PLoS One*.10(1).
- Michos, A., Terzidis, A., Kalampoki, V., Pantelakis, K., Spanos, Th., Petridou, E.Th. (2008). Seroprevalence and Risk Factors for Hepatitis A, B, and C Among Roma and Non-Roma Children in a Deprived Area of Athens, Greece. *Journal of Medical Virology*, 80(5): 791-797.
- Mihailov D. (2012). The Health Situation of Roma Communities: Analysis of the Data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011. United Nations Development Programme: Roma Inclusion Working Papers, Bratislava.
- O’Neil, P. (2000). Health Crisis WHO Regional Office for Europe, *Social Science & Medicine*, 23(17):1933-1934.
- Papaevangelou, V., Koutsoumbari, I., Vintila, Artemis., Klinaki, Eleni., Zellos, Aglaia., Attilakos, A., Tsolia, Maria., Kafetzis, Dimitris. (2014). Determinants of Vaccination Coverage and Adherence to the Greek National Immunization Program Among Infants aged 2-24 Months at the Beginning of the Economic Crisis (2009-2011). *BMC Public Health*, 14:1192.
- Papamichail, D., Petraki, I., Arkoudis, C., Terzidis, A., Smyrnakis, E., Benos, A., Panagiotopoulos, T. (2017). Low Vaccination Coverage of Greek Roma Children Amid Economic Crisis: National Survey Using Stratified Cluster Sampling. *Eur J Public Health*, 27(2): 318–324.
- Papazoglou, A., Giamaiou, K., Pouloupoulou, S., Pavlopoulou, I. (2013). The National Vaccination Programme in Greece: Factors Affecting Parents’ Knowledge. *Global Journal of Medical Research*, 13(3): 4-12.
- Paulussen, T., Mollema, L., Hamsen, IA., Psychology, R., Melker, H., Kok, G. (2013). Why Parents Refuse Childhood Vaccination: a Qualitative Study Using Online Focus Groups. *BMC Public Health*, 9(1):19-24.

- Pavlopoulou, ID., Michail, KA, Samoli, E., Tsiftis, G., Tsoumakas, K. (2013). Immunization coverage and predictive factors for complete and age-appropriate vaccination among preschoolers in Athens, Greece: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13(1): 908.
- Phillips, D., Dieleman, J., Lim, S., Shearer, J. (2017). Determinants of Effective Vaccine Coverage in Low and Middle-income Countries: A Systematic Review and Interpretive Synthesis. US National Library of Medicine National Institute of Health, 17: 681.
- Plotkin, S. (2014). History of Vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences. PNAS*, 111(34):12283–12287.
- Plotkin, SL., Plotkin, SA. (2013). *A Short History of Vaccination*. Elsevier-Saunders 6th Ed, Philadelphia.
- Prevots, DR., Ciofi degli Atti, ML., Sallabanda, A., Diamante, E., Aylward, RB., Kakariqqi, E., Fiore, L., Ylli A van der Avoort, H., Sutter, RW., Tozzi, AE., Panei, P., Schinaia, N., Genovese, D., Oblapenko, G., Greco, D., Wassilak, SG. (1998). Outbreak of Paralytic Poliomyelitis in Albania, 1996: High Attack Rate Among Adults and Apparent Interruption of Transmission Following Nationwide Mass Vaccination. *Clin Infect Dis*. 26(2):419–425.
- Rechel, B., Blackburn, CM., Spencer, NJ., Rechel, B. (2009). Access to Health Care for Roma Children in Central and Eastern Europe: Findings from a Qualitative Study in Bulgaria. *Int J Equity Health*, 8:24.
- Rice, T. (2006). *Τα Οικονομικά Της Υγείας Σε Επανεξέταση*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Ringold, D., Orenstein, MA., Wilkens, E. (2005). *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle*. The World Bank, Washington DC.
- Roman, G., Gramma, R., Enache, A., Pârvu, A., Moisa, SM., Dumitraș, S., Ioan, B. (2013). The Health Mediators-Qualified Interpreters Contributing to Health Care Quality Among Romanian Roma Patients. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4):843–56.
- Schechter, R., Grether, JK. (2008). Continuing Increase in Autism to California’s Developmental Services System: Mercury in Retrograde. *Arch Gen Psychiatry*, 65(1):19-24.
- Siegrist CA. (2008). *General Aspects of Vaccination in Vaccine Immunology Vaccine 5th Edition* Kindle, USA.
- Smith, LE., Amlôt, R., Weinman, J., Yiend, J., Rubin, GJ. (2017). A Systematic Review of Factors Affecting Vaccine Uptake in Young Children. *Vaccine*, 27;35(45):6059-6069.
- Stern, PL. (2016). The Changing Face of Vaccines and Vaccination. *Vaccine*, 20;34(52):6653–6654.

- Stojanovski, K., McWeeney, G., Emiroglu, N., Ostlin, P., Koller, T., Licari, L., Kaluski, DN. (2012). Risk Factors for Low vaccination Coverage Among Roma Children in Disadvantaged Settlements in Belgrade, Serbia. *Vaccine*, 30(37):5459-5463.
- Subhash, B. (2017). Socio-Economic Inequality of Child Immunization in the Eastern and North-Eastern States of India. *Demography India*, 16-26.
- The Kosovo Agency of Statistics (2014). Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo, Monitoring the Situation of Children and Women, Multiple Indicator Cluster Survey 2013-2014, Kosovo.
- Theeten, H., Hutse, V., Hens, N., Yanuz, Y., Hoppenbrouwers, K., Beutels, P., Vranckx, R., Van Damme, P. (2011). Are We Hitting Immunity Targets? The 2006 Age-Specific Seroprevalence of measles, mumps, rubella, diphtheria and tetanus in Belgium. *Epidemiol Infect*, 139(4):494-504.
- Tognotti, E. (2010). The Eradication of Smallpox, a Success Story for Modern Medicine and Public Health: What Lessons for the Future?. *J Infect Dev Ctries*, 4(5):264–266.
- UNICEF. (2014). *Immunization: Keeping Children Alive and Healthy*, New York.
- UNICEF. (2007). *The State of the World's Children 2008*. United Nations Children's Fund, New York.
- United Nations. (2001). *Road Map Towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary-General*. General Assembly: Fifty-Sixth Session, New York.
- Walters, S., Suhrcke, M. (2005). *Socioeconomic Inequalities in Health and Health Care Access in Central and Eastern Europe and the CIS: a Review of the Recent Literature*. University of Cambridge, Cambridge.
- Weisberg, SS. (2007). *Vaccine Preventable Diseases: Current Perspectives in Historical Context*, Part I. *Dis Mon*, 53(9):422-466.
- Whitehead, M. (2007). A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6):473-478.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1*. WHO Regional Office for Europe, 2: 1-34.
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Health Serv*, 22(3):429-45.
- WHO. (2010). *Global Routine Vaccination Coverage*. *Weekly epidemiological record*, 46(86) 509-520.
- WHO (2005). *Immunization Coverage Cluster Survey. Reference Manual*, Geneva.

- WHO (2005). Vaccine Introduction Guidelines. Adding a Vaccine to a National Immunization Programme: Decision and Implementation. Immunization, Vaccines and Biologicals, Geneva.
- World Health Organization. (2008). Meeting of the Immunization Strategic Advisory Group of Experts, Conclusions and Recommendations. Weekly Epidemiological Record, 84(01-02):1-16.
- World Health Organization. (2004): The World Health Report, Changing History, Geneva.
- Zeman, CL., Depken, DE., Senchina, DS. (2003). Roma Health Issues: a Review of the Literature and Discussion. Ethn Health, 8(3):223–249.

Ηλεκτρονικές Πηγές

- Declaration of Alma-Ata (1978). International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Ανάκτηση 4 Οκτωβρίου 2018 από http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
- E-child. (2012). Οι εμβολιασμοί στα παιδιά. Ανάκτηση 5 Νοεμβρίου 2018 από <http://www.e-child.gr/parents/item/70-vaccinations-for-children>.
- Europa. Ανάκτηση 8 Δεκεμβρίου 2018 από <https://ec.europa.eu/greece/>.
- Penna. Η ζωή των Ρομά στην Ελλάδα. Ανάκτηση 8 Δεκεμβρίου 2018 από <https://www.penna.gr/reportage/8829-i-zoi-ton-roma-stin-ellada>.
- U.S. Department of Health & Human Services, Vaccines.gov Your Best Shot at Good Health. Ανάκτηση 26 Δεκεμβρίου 2018 από <https://www.vaccines.gov/basics/types/index.html>.
- UNICEF MICS. Ανάκτηση 17 Δεκεμβρίου 2018 από <http://mics.unicef.org>.
- Unicef. (2015). Immunization Programme. Ανάκτηση 5 Οκτωβρίου 2018 από <https://www.unicef.org/immunization/>.
- WHO. Immunization, Vaccines and Biologicals - Human papillomavirus (HPV). Ανάκτηση 15 Δεκεμβρίου 2018 από: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>.
- WHO. State of Inequality Childhood Immunization, Interactive Visualization of Health Data. Ανάκτηση 5 Νοεμβρίου 2018 από <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252541/9789241511735-eng.pdf;jsessionid=F4840C2F4BB3F67FC2C3532016B43386?sequence=1>.
- WHO. The Expanded Programme on Immunization. Ανάκτηση 4 Νοεμβρίου 2018 από http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/.
- WHO-Europe. (2014). The European Vaccine Action Plan 2015–2020. Ανάκτηση 11 Φεβρουαρίου 2019 από

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v30_WEBx.pdf?ua%20=1

- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. Ποσοτικές Έρευνες . Ανάκτηση 22 Ιανουαρίου 2019 από <http://www.ekke.gr/estia/Grenved/seminar3.htm>.
- Ζαροκόστα, Ε., Τζάνας, Κ., Τσεβά, Α. (2009). Υγεία και Κοινότητα των Ρομά: Ανάλυση της Κατάστασης στην Ελλάδα. Ανάκτηση 19 Μαρτίου 2019 από <http://www.gitanos.org/upload/56/59/GRIEGO-final-baja.pdf>.
- Ιατρονετ. Είδη εμβολίων. Ανάκτηση 26 Δεκεμβρίου 2018 από <https://www.iatronet.gr/ygeia/paidiatriki/article/15398/eidi-emvoliwn.html>.
- Φίλιας, Α. Γενικές Αρχές Εμβολιασμών - Καραμάνδανειο Νοσοκομείο Παίδων Πατρών. Ανάκτηση 20 Νοεμβρίου 2018 από <https://slideplayer.gr/slide/11997877/>.
- European Immunization Week (EIW) Seven Key Reasons - Why Immunization Must Remain a Priority in the WHO European Region. Ανάκτηση 13 Νοεμβρίου 2018 από http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/84302/Seven_Key_Reasons.pdf.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: 1^η Άδεια - Απόφαση Τμήματος Εκπαίδευσης 6^{ης} ΔΥΠΕ για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝ
ΠΑΤΡΑ 12 /11/2018

Αριθμ. Πρωτ. 40497

ΠΡΟΣ
Τον κ. Πάνα Γεώργιο
μεταπτυχιακό φοιτητή του Ανοικτού
Παν/μιου Κύπρου

**Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών
Δεδομένων**

Σχετ: - Το από 15/10/2018 αίτημα του κ. Γεώργιου Πάνα – Μεταπτυχιακού φοιτητή του
Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

- Η υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας, εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων με τη διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε γονείς παιδιών ηλικίας δύο έως δεκατεσσάρων ετών που προσέρχονται για εμβολιασμό στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πατρών «Καραμανδάνειο» και στο Κέντρο Υγείας Άνω Πόλης Πατρών, στο πλαίσιο εκπόνησης της πρακτικής εργασίας σας με θέμα: «*Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς της Μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της Κρίσης*», με την επισήμανση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία του και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Απαραίτητη προϋπόθεση η έγκριση των Ε.Σ. 6^{ης} ΔΥΠΕ και Γ.Ν. Παίδων Πατρών «Καραμανδάνειο»

Κοινοποίηση :

-Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ

«ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»

-ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ

Παράρτημα 2: Τελική Άδεια – Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου 6^{ης} ΔΥΠΕ για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων σε Δομές Π.Φ.Υ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΗΠΕΙΡΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Π.Φ.Υ.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΗΣ 2^{ης} /07-02-2019 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ Π.Φ.Υ.

Πάτρα, σήμερα 07-02-2019, ημέρα Πέμπτη και ώρα 11.00 π.μ. στην έδρα της Διοίκησης της 6^{ης} ΥΠΕ, στην αίθουσα συνεδριάσεων (3^{ος} όροφος), συνεδρίασε το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ., που συστήθηκε με την υπ' αριθ. 8348/31-10-2017 απόφαση του Διοικητή της 6^{ης} ΥΠΕ, κατόπιν της υπ' αριθ. 02/01-02-2019 πρόσκλησης του Προέδρου του Συμβουλίου προς τα τακτικά μέλη του.

Στη συνεδρίαση παρέστησαν τα παρακάτω μέλη :

1. Δημήτριος Κωστακιώτης, Πρόεδρος
2. Νικόλαος Λεώδης, Τακτικό Μέλος
3. Όλγα Περδικάκη, Τακτικό Μέλος
4. Θεοδώρα Παππά, Τακτικό Μέλος

Το τακτικό μέλος κ. Νάστας Παύλος και το αναπληρωματικό μέλος κα Περδικάκη Πηγή απουσίαζαν λόγω κωλύματος.

Γραμματέας του Συμβουλίου παρέστη η κα Λαχανιώτη Λαμπρινή, κλάδου ΤΕ Επισκεπτριών Υγείας, βαθμός Β, υπάλληλος της Διοίκησης 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία ο Πρόεδρος και τα μέλη του Συμβουλίου προχώρησαν στη συζήτηση της υπ' αριθμ. 02/07-02-2019 πρόσκλησης.

Στην αίθουσα συνεδριάσεων κλήθηκε να παρευρεθεί ο Προϊστάμενος του τμήματος Εκπαίδευσης της 6^{ης} Υ.Πε κ. Αντωνιάδης Δημοσθένης, ο οποίος ενημέρωσε τα μέλη του συμβουλίου για τα ακόλουθα θέματα 3 και 4.

ΘΕΜΑ 3^ο: Σχετικά με άδειες συλλογής ερευνητικών δεδομένων σε δομές Π.Φ.Υ.

Ο κ. Αντωνιάδης ενημέρωσε τα μέλη του συμβουλίου ότι η έγκριση για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, δινόταν από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ) και με το υπ. αριθμ.

[1]

Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/09.11.2010 έγγραφο του Ε.Κ.ΕΠ.Υ, η διαδικασία αλλάζει και απαιτείται έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και από τη Διοίκηση της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας. Αναφορικά με τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο διπλωματικών εργασιών και διατριβών σε Δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προαπαιτείται γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εστίασαν και τόνισαν ιδιαίτερα, τη σημαντικότητα της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων, κατά την αξιοποίηση και επεξεργασία δεδομένων, που αφορούν σε ασθενείς καθώς και σε πρόσβαση στο φάκελο των ασθενών, να πραγματοποιείται με σύννομο τρόπο και σύμφωνα με τις κοινοτικές οδηγίες.

Ο κ. Αντωνιάδης ενημέρωσε ότι προαπαιτείται έγγραφη συναίνεση και συγκατάθεση των ασθενών ως προς τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

Ο πρόεδρος ενημέρωσε ότι μέχρι σήμερα έχουν δοθεί εγκρίσεις από την Διοίκηση της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας σε αιτήματα για άδεια συλλογής ερευνητικών δεδομένων σε Δομές Π.Φ.Υ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ, μετά από διαλογική συζήτηση και λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική νομοθεσία,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ

Τη σύμφωνη γνώμη επί των αιτημάτων, που έχουν κατατεθεί για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων σε Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με την τήρηση των κοινοτικών οδηγιών καθώς και της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

ΘΕΜΑ 4^ο : Ενημέρωση επί της υπ. αριθμ. Υ7β/Γ.Π.69740/13/17-10-2014 Υπουργικής Απόφασης με θέμα: Τροποποίηση της αριθμ. Υ7β/οικ.4756/2001 υπουργικής απόφασης «Προϋποθέσεις, χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος βοηθών νοσηλευτών», ΦΕΚ. 2962/τβ'/04.11.2014.

Ο κ. Αντωνιάδης ενημέρωσε ότι σύμφωνα με την υπ. αριθμ. Υ7β/Γ.Π.69740/13/17-10-2014 Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ.2962/τβ'/04.11.2014 καθορίζονται οι προϋποθέσεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος βοηθών Νοσηλευτικής, όπου μετά το πέρας της πρακτικής άσκησης χορηγείται βεβαίωση, η οποία υπογράφεται από το Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μετά από

εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Υ.ΠΕ. που έχει λάβει υπόψη της εισήγηση του υπευθύνου για την πρακτική άσκηση.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ, μετά από διαλογική συζήτηση και λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική νομοθεσία,

[2]

ΟΜΟΦΩΝΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ

για τη σύμφωνη γνώμη επί των χορηγούμενων Βεβαιώσεων, των κάτωθι Βοηθών Νοσηλευτικής, που πραγματοποίησαν την πρακτική τους άσκηση σε Δομές Π.Φ.Υ.

- Ρινιάσα Παρασκευή του Γεωργίου στο Κέντρο Υγείας Ηγουμενίτσας
- Κωσταντάκος Βασίλειος του Λυκούργου στο Κέντρο Υγείας Γυθείου
- Παλαιοπάνου Αμαλία στο Κέντρο Υγείας Κόνιτσας
- Βακάλη Θεοδώρα του Βασιλείου στο Κέντρο Υγείας Γαστούνης
- Τοτάι Τότο στο Κέντρο Υγείας Λευκίμμης
- Αγγελακοπούλου Αικατερίνη του Πέτρου στο Κέντρο Υγείας Νοτίου Τομέα

Ο κ. Αντωνιάδης αποχώρησε από την αίθουσα.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΛΕΩΔΗΣ

ΟΛΓΑ ΠΕΡΔΙΚΑΚΗ

ΘΕΟΔΩΡΑ ΠΑΠΠΑ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΛΑΜΠΡΙΝΗ ΛΑΧΑΝΙΩΤΗ




[3]

Παράρτημα 3: 1^η Άδεια - Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων

19/12/2018 13:16 ALFA LAVAL No. 0044 P. 1

Κ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ
«ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΛΗΡΟΦ.: Χ. ΜΑΧΑΪΡΑ

21/12/2018

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"
Αριθ. Πρωτ. 16086
Ελήφθη την 27/12/2018

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
10ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Π.Π. «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» που συγκροτήθηκε σε σώμα με την υπ' αριθμ. 91/3932/03-04-2018 απόφαση Διοικητή, συνήλθε σήμερα 21-12-2018 ημέρα Παρασκευή και ώρα 12.30 στο γραφείο του Προέδρου του Ε. Σ.

Στη συνεδρίαση έλαβαν μέρος οι κάτωθι:

Στη συνεδρίαση έλαβαν μέρος οι κάτωθι:

ΚΡΟΚΙΔΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΜΟΥΡΤΖΟΥΧΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	Τακτικό μέλος
ΦΙΛΙΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Τακτικό μέλος
ΤΑΓΑΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Τακτικό μέλος
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Τακτικό μέλος
ΖΑΓΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Τακτικό μέλος
Απόντες ήσαν:	
ΠΑΠΑΜΕΡΚΟΥΡΙΟΥ ΥΒΟΝΝΗ – ΜΑΡΙΑ	Τακτικό μέλος
ΜΠΙΣΥΡΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Τακτικό μέλος
ΓΕΡΜΕΝΗ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ	Τακτικό μέλος

Στη συνεδρίαση έλαβε μέρος ως γραμματέας η Μαχαΐρα Χαρίκλεια κλάδου Δ.Ε. Διοικητικού – Λογιστικού

Αφού διαπιστώνεται η προβλεπόμενη από το Νόμο απαρτία το Συμβούλιο προχωρά στη συζήτηση των θεμάτων.

ΘΕΜΑ 5^ο: « Έγκριση συλλογής δεδομένων και διανομής ερωτηματολογίου σε γονείς παιδιών , του Πάνα Γεωργίου μεταπτυχιακού φοιτητή του Ανοικτού Παν/μιου Κύπρου, στο πλαίσιο εκπόνησης πρακτικής εργασίας με θέμα " Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς της Μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της κρίσης" με την επισήμανση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ' αριθμ. 24/2018 απόφαση της αρχής προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο μας, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία του και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας».

Το συμβούλιο αφού ενημερώθηκε για το θέμα, μετά από διαλογική συζήτηση αποφάσισε ομόφωνα:

Παρακαλούμε να προσκομίσετε το ερευνητικό πρωτόκολλο ώστε να εγκριθεί.

Ο

ΠΡΟΕΔΡΟΣ



ΚΡΟΚΙΔΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Η

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



ΜΑΧΑΙΡΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

Παράρτημα 4: Τελική Άδεια - Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» για τη Συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων

1
15

25/1/2019
Τρ. Διοχ. Αυξων. Δωρ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ
«ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΛΗΡΟΦ.: Χ. ΜΑΧΑΙΡΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»
Αριθ. Πρωτ. 495
Ελήφθη την 25/1/19

ΠΡΟΣ: 1. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
2. Δ/ΝΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Π.Π. «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» που συγκροτήθηκε σε σώμα με την υπ' αριθμ. 91/3932/03-04-2018 απόφαση Διοικητή, συνήλθε σήμερα 25-01-2019 ημέρα Παρασκευή και ώρα 12:30 στο γραφείο του Προέδρου του Ε. Σ.

Στη συνεδρίαση έλαβαν μέρος οι κάτωθι:

ΜΟΥΡΤΖΟΥΧΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΦΙΛΙΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Τακτικό μέλος
ΤΑΓΑΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Τακτικό μέλος
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Τακτικό μέλος
ΓΕΡΜΕΝΗ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ	Τακτικό μέλος
ΖΑΓΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Τακτικό μέλος

Απόντες ήσαν:

ΠΑΠΑΜΕΡΚΟΥΡΙΟΥ ΥΒΟΝΝΗ – ΜΑΡΙΑ	Τακτικό μέλος
ΜΠΙΣΥΡΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Τακτικό μέλος

Στη συνεδρίαση έλαβε μέρος ως γραμματέας η Μαχαίρα Χαρίκλεια κλάδου Δ.Ε. Διοικητικού – Λογιστικού.
Αφού διαπιστώνεται η προβλεπόμενη από το Νόμο απαρτία το Συμβούλιο προχωρά στη συζήτηση των θεμάτων.

ΘΕΜΑ : «Έγκριση συμπληρωματικής αίτησης και κατάθεσης ερωτηματολογίου του Πάνα Γεωργίου»

Το συμβούλιο αφού ενημερώθηκε για το θέμα, μετά από διαλογική συζήτηση αποφάσισε ομόφωνα:

Εγκρίνει την συλλογή δεδομένων του Πάνα Γεωργίου μεταπτυχιακού φοιτητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα "Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοτήτων στους Παιδικούς Εμβολιασμούς της Μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της κρίσης» με την επισημάνση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ' αριθμ. 24/2018 απόφαση της αρχής προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο μας, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία του και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ



ΜΟΥΡΤΖΟΥΧΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Η
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



ΜΑΧΑΙΡΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

Παράρτημα 5: Έντυπο Συγκατάθεσης Ερωτηματολογίου

Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετοχής σε Έρευνα Σχετιζόμενη με τους Παιδικούς Εμβολιασμούς

Αγαπητοί γονείς,

Το ερωτηματολόγιο που σας έχει δοθεί για να συμπληρώσετε έχει δημιουργηθεί στα πλαίσια της έρευνας σχετικά με τη μέτρηση διαφορών στη συχνότητα παιδικών εμβολιασμών μεταξύ Ελληνόπουλων και Ελληνόπουλων Ρομά, ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη, ανισοτήτων. Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν από γονείς παιδιών ηλικίας δύο έως δεκατεσσάρων ετών τα οποία θα επιλεγούν βάσει κριτηρίων της μελέτης. Από τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια θα παρθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες. Η μελέτη η οποία θα διεξαχθεί από τον ερευνητή Πάνα Γεώργιο, με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Γκροζ Χρήστο, έχει λάβει τις εγκρίσεις της Διοίκησης της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Π.Π «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ».

Η συμμετοχή σας για την επιτυχία της έρευνας είναι απαραίτητη. Η πραγματοποίησή της εν λόγω μελέτης κρίνεται αναγκαία επειδή μέσα από την διεξαγωγή της σε μία χώρα όπως η Ελλάδα η οποία βρίσκεται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση, θα είναι χρήσιμη ώστε να αναδειχθούν συμπεράσματα για το εάν η οικονομική κρίση έχει αρνητική επίδραση στους παιδικούς εμβολιασμούς.

Σας ενημερώνουμε ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και παρακαλείσθε να αποδεχτείτε ή όχι το παρόν έντυπο συγκατάθεσης. Η χρονική διάρκεια της έρευνας θα είναι περίπου τριών μηνών από 1.11.2018 έως 31.1.2019. Ο χρόνος που θα χρειαστείτε για να απαντήσετε στις ερωτήσεις είναι περίπου 15 - 20 λεπτά. Παρακαλείσθε να απαντάτε με ειλικρίνεια και να διαβάζετε προσεκτικά τις οδηγίες πριν από κάθε απάντηση. Μπορείτε να παραλείψετε ερωτήσεις που δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και έχετε τη δυνατότητα να διακόψετε τη συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε.

Σας επισημαίνουμε πως θα προστατευτεί αυστηρά η ανωνυμία σας και στο ερωτηματολόγιο δεν θα καταγραφούν προσωπικά σας στοιχεία. Η εμπιστευτικότητα των όσων απαντήσετε θα τηρηθεί αυστηρά και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Τα ατομικά σας οφέλη από την έρευνα πιθανώς θα εντοπιστούν στο επίπεδο ενημέρωσης σας για ζητήματα εμβολιασμών που δεν γνωρίζετε. Η συμμετοχή σας ενδέχεται να βοηθήσει μελλοντικά άλλα άτομα, βελιώνοντας το επίπεδο υγείας της κοινότητας. Από τη συμμετοχή

σας στην έρευνα δεν θα επωφεληθείτε κάποιου χρηματικού ποσού, όπως επίσης δεν θα επιβαρυνθείτε με οποιαδήποτε μορφή εξόδων.

Σύμφωνα και με τη διακήρυξη του κλινικού - μεταφραστικού επιστημονικού κέντρου του Πανεπιστημίου του Harvard (κοινωνική και συμπεριφορική έρευνα), εάν αποδεχτείτε να συμμετάσχετε στην συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη μπορείτε προαιρετικά να υπογράψετε το παρόν έντυπο συγκατάθεσης. Με τον τρόπο αυτόν υποδεικνύετε ότι κατανοείτε τη μελέτη και ότι συμφωνείτε να συμμετέχετε σε αυτήν. Μπορείτε να δηλώσετε τη συναίνεση σας απλώς και μόνο συμπληρώνοντας και επιστρέφοντας το ερωτηματολόγιο.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας στην έρευνα, αλλά και για το χρόνο που θα διαθέσετε.

Για οποιαδήποτε απορία ή ερώτηση σας, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή, τα στοιχεία του οποίου είναι τα εξής:

Όνομα και ιδιότητα του ερευνητή: Πάνος Γεώργιος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής του Προγράμματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Νοσηλευτής σε Πρωτοβάθμια Μονάδα Υγείας
Τηλ: 6977170584
mail: george.pan81@gmail.com

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

(προαιρετικά)

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή κηδεμόνα:

Παράρτημα 6: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ (Συμπληρώνεται από τους γονείς παιδιών ηλικίας 2 έως 14 ετών)

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

(Βάλτε X στο τετραγωνάκι που εκφράζει τη γνώμη σας)

1. Ποιο είναι το φύλο του παιδιού;
Αγόρι Κορίτσι
2. Ποια είναι η ηλικία του παιδιού (σε έτη);
3. Το παιδί σας είναι Έλληνας ή Έλληνας Ρομά;
Έλληνας Έλληνας Ρομά
4. Οικογενειακή κατάσταση γονέα
Έγγαμος
Άγαμος
Χωρισμένος/η
Χήρος/α
5. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο (για τον γονέα);
Χωρίς εκπαίδευση
Απόφοιτος/η δημοτικού
Απόφοιτος/η γυμνασίου
Απόφοιτος/η λυκείου
Απόφοιτος/η ΤΕΙ
Απόφοιτος/η ΑΕΙ
Κάτοχος άλλου τίτλου: _____
6. Ποιο είναι το επάγγελμα σας; _____
7. Τόπος διαμονής (για τον γονέα);
Νομός:
Πόλη Κομ/λη Χωριό
8. Πόσα άτομα μένετε μαζί με το παιδί στο ίδιο σπίτι;
(αριθμός ατόμων υπολογίζοντας και το παιδί)

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

(Βάλτε X στο τετραγωνάκι που εκφράζει τη γνώμη σας)

1. Έχετε ασφάλιση υγείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Έχετε ατομικό βιβλιário υγείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ. ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΙΔΙΚΟΥΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ

(Βάλτε X στο τετραγωνάκι που εκφράζει τη γνώμη σας)

1. Θεωρείτε ότι είναι σημαντικοί για την προστασία της υγείας του παιδιού σας οι παιδικοί εμβολιασμοί;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

2. Τα εμβόλια μπορεί να έχουν παρενέργειες;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

Εάν "ΣΥΜΦΩΝΩ" ή "ΣΥΜΦΩΝΩ ΤΕΛΕΙΩΣ"

Παρακαλούμε αναπτύξτε την απάντησή σας (γράψτε τι φοβάστε ότι μπορεί να προκύψει):

3. Γνωρίζετε πως οι πρώτοι εμβολιασμοί πρέπει να γίνονται από τη στιγμή που γεννιέται το παιδί σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Γνωρίζετε πως οι παιδικοί εμβολιασμοί σχεδόν ολοκληρώνονται στην ηλικία των 14 ετών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Γνωρίζετε πότε γίνονται οι πρώτοι εμβολιασμοί για την κάθε μια ασθένεια ξεχωριστά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Γνωρίζετε πότε γίνονται οι αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων για την κάθε μια ασθένεια ξεχωριστά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Ποιόν εμπιστεύεστε περισσότερο για να σας ενημερώνει για τους εμβολιασμούς;
(Παρακαλούμε επιλέξτε 1 ή 2 απαντήσεις)

- α) τον ιατρό που εμβολιάζει το παιδί σας;
- β) τον/την νοσηλεύτη/τρια που βρίσκεται στο ιατρείο εμβολιασμού;
- γ) το Υπουργείο Υγείας;
- δ) τα μέσα μαζικής επικοινωνίας;
- ε) τα βιβλία για γονείς;
- στ) κάτι άλλο;

Εάν "ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ"

Παρακαλούμε γράψτε τι άλλο εμπιστεύεστε _____

Α. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Βάλτε X στο τετραγωνάκι που εκφράζει τη γνώμη σας)

1. Το παιδί σας γεννήθηκε πρόωρα ή έχει προβλήματα με την άμυνα του οργανισμού του;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν "ΝΑΙ" αναφέρετε το/τα πρόβλημα/τα που είχε/έχει; _____

2. Έχει το παιδί σας αλλεργία σε φάρμακα, τροφές ή οτιδήποτε άλλο;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Εάν "ΝΑΙ" αναφέρετε σε τι: _____

3. Έχει παρουσιάσει το παιδί σας αλλεργία ή κάποια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια σε κάποιο εμβόλιο;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Εάν "ΝΑΙ" τι παρουσίασε και σε ποιο εμβόλιο: _____

4. Τα εμβόλια του παιδιού σας γίνονται σε:

Δημόσια μονάδα υγείας Ιδιώτη παιδίατρο;

Παιδίατρο ασφαλιστικού ταμείου

5. Ποια από τα παρακάτω εμβόλια έχουν γίνει στο παιδί σας;

Της ηπατίτιδας Β

Της διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη

Του αιμόφιλου της ινφλουέντζας τύπου b

Της πολιομυελίτιδας

Του πνευμονιόκοκκου
 Του μηνιγγιτιδόκοκκου
 Της ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς
 Της ανεμοβλογιάς
 Της ηπατίτιδας Α
 Του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων
 Της φυματίωσης
 Της γρίπης
 Του ροταϊού

6. Από τα προηγούμενα εμβόλια υπάρχει κάποιο ή κάποια για τα οποία δεν έχει γίνει η 1η δόση στην κατάλληλη ηλικία;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Εάν "ΝΑΙ"

♦ Ποιό/ά εμβόλιο/α δεν έχει/ουν γίνει; _____

♦ Αρρώστησε το παιδί σας από την/τις ασθένεια/ες για την οποία/ες δεν εμβολιάστηκε; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν "ΝΑΙ"

♦ Τι προβλήματα υγείας παρουσίασε; _____

♦ Έμεινε έστω και για ένα βράδυ στο νοσοκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Από τα παραπάνω εμβόλια υπάρχει κάποιο ή κάποια για τα οποία δεν έχουν γίνει οι αναμνηστικές δόσεις στην κατάλληλη ηλικία;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Εάν "ΝΑΙ"

♦ Ποιές αναμνηστικές δόσεις και ποιόν εμβολίων δεν έχουν γίνει; _____

♦ Αρρώστησε το παιδί σας από την/τις ασθένεια/ες για την οποία/ες δεν έγιναν οι αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν "ΝΑΙ"

♦ Τι προβλήματα υγείας παρουσίασε; _____

♦ Έμεινε έστω και για ένα βράδυ μέσα σε νοσοκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Επισκέπτεστε τον παιδίατρο στις ημερομηνίες που σας έχει πει;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
1	2	3	4	5

Ε. ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

(Βάλτε X στο τετραγωνάκι που εκφράζει τη γνώμη σας)

1. Το κράτος αντιμετωπίζει όλους τους πολίτες του ισάξια;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

2. Είναι ικανοποιητικές οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχει το κράτος;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

3. Το κράτος σας καλύπτει τις δαπάνες για τον εμβολιασμό του παιδιού σας;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

4. Είναι εύκολη η πρόσβαση στα ιατρεία εμβολιασμού (λ.χ βρίσκεται σε μακρινή απόσταση από το σπίτι σας);

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

5. Η οικονομική σας κατάσταση σας επιτρέπει να μετακινηθείτε στο ιατρείο εμβολιασμού;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

6. Μπορείτε να πληρώσετε το οικονομικό κόστος του εμβολίου;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

7. Θεωρείτε πως η γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα έχει διαδραματίσει ρόλο στο να μην κάνετε ή να καθυστερήσετε κάποια εμβόλια στο παιδί σας;

Διαφωνώ τελείως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ τελείως
1	2	3	4	5

8. Το προσωπικό του ιατρείου εμβολιασμού σας συμπεριφέρεται καλά;
(Παρακαλούμε αναπτύξτε την απάντησή σας)

9. Είναι επικίνδυνο το περιβάλλον στο οποίο κατοικείτε (λ.χ κακή κατάσταση σπιτιού, ύπαρξη τρωκτικών κλπ);

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν "ΝΑΙ" Αναφέρετε τον/τους κίνδυνο/νους

ΣΤ. ΣΧΟΛΙΑ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ

Θα θέλαμε να γράψετε τις παρατηρήσεις και τα σχόλια σας για το ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε (προαιρετικά).

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από:

την μητέρα του παιδιού

τον πατέρα του παιδιού

άλλο άτομο

Εάν "ΆΛΛΟ ΑΤΟΜΟ"

Ποιό άτομο συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο;

Ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

____ / ____ / ____
Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

Παράρτημα 7: Αίτημα Προς 6^η ΔΥΠΕ για τη Χορήγηση Αδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων στο Κ.Υ. ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ και στο ΓΝΠ «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	6η ΥΠΕ - ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ				
Ο - Η Όνομα:	ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Επώνυμο:	ΠΑΝΑΣ		
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΝΑΣ				
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	ΧΑΪΔΩ ΠΑΝΑ				
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :	ΕΙΚΟΒΙ ΕΞΙ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ ΧΙΛΙΑ ΕΝΝΗΙΑΚΟΣΙΑ ΟΓΔΩΝΤΑ ΕΩΑ				
Τόπος Γέννησης:	ΠΑΤΡΑ				
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	Ε372532	Τηλ:	6977170584		
Τόπος Κατοικίας:	ΒΡΑΧΥΕΙΚΑ ΑΧΑΪΑΣ	Οδός:	ΤΙΜΟΘΕΟΥ ΧΡΟΥΔΟΥ	Αριθ:	48 ΤΚ: 25002
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	george.pan81@gmail.com		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Η εργασία μου πραγματεύεται το θέμα των ανισοκυτιών στην υγεία επικεντρωμένη στους παιδικούς εθολογούς.
ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: «Διερεύνηση Υγειονομικών Ανισοκυτιών στις Παιδικές Γενοχασμούς της μειονότητας των Ρομά στην Ελλάδα της Κρίσης».
 Θα τηρήσω την υπ' αριθ. 24/2018 απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, δεν θα επιβαρύνω οικονομικά την 6η ΥΠΕ για την έρευνα μου και δεν θα παραχωρήσω δικαιώματα των αρχών κατά την διάρκεια της εργασίας μου, του ΓΝΠ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟΥ⁽⁴⁾ και του Κ.Υ. ΑΝΩ ΠΟΛΗΣ ΠΑΤΡΩΝ».

Ημερομηνία: 15/10/2018

Ο - Η Δηλών
Πάνος Γαϊργός

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.