



ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ

HYGEIA@ERGAΣIA 15(4) ΤΕΥΧΟΣ ΤΕΣΣΑΡΑΚΟΣΤΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΙΚΟΣ ΣΑΡΑΦΟΠΟΥΛΟΣ

ΝΙΚΟΣ ΣΑΡΑΦΟΠΟΥΛΟΣ



# HYGEIA@ERGAΣIA

SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE  
IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

VOLUME 15 ISSUE 4 ISSN 1792-4731 SEPTEMBER - DECEMBER 2024

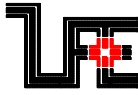
# HYGEIA@ERGAΣIA

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ  
ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 4 ISSN 1792-4731 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024



# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

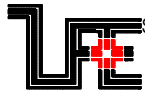
ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 4

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

**ΤΟ ΤΕΥΧΟΣ ΑΥΤΟ ΕΙΝΑΙ ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟ  
ΣΤΗ ΜΝΗΜΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΤΑΣΟΥ ΦΙΛΑΛΗΘΗ  
ΠΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΤΗΚΕ ΟΥΣΙΩΔΩΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ  
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**



# HYGEIA@ERGAΣIA



SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

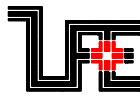
IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

VOLUME 15 ISSUE 4

SEPTEMBER - DECEMBER 2024

**THIS ISSUE IS DEDICATED TO THE MEMORY  
OF PROFESSOR TASSOS FILALITHIS  
WHOWAS REALLY INTERESTED FOR THE SPECIALTY  
OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE**





## ΕΚΤΑΚΤΟ ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Η ΔΙΑΓΡΑΦΗ ΛΙΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ Κ.Ο. ΤΟΥ ΣΥ.ΡΙΖ.Α. ΔΕΝ ΛΥΝΕΙ ΘΕΜΑΤΑ, ΑΛΛΑ ΑΝΟΙΓΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης



Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθυντής του Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Κοσμήτορας της Σχολής Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Σύντομο σχόλιο για τη διαγραφή από την Κοινοβουλευτική Ομάδα του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. της Καθηγήτριας κ. Αθηνάς Λινού, ιδρύτριας του *Ινστιτούτου Προληπτικής και Εργασιακής Ιατρικής Prolapsis*. Στις 28.08.2024 η Αξιωματική Αντιπολίτευση, με επιστολή του νέου Κοινοβουλευτικού Εκπροσώπου της, ανακοίνωσε προς τον Πρόεδρο της Βουλής, ότι μετά από εισήγηση του Αρχηγού της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης, τέθηκε εκτός Κοινοβουλευτικής Ομάδας η Καθηγήτρια κ. Αθηνά Λινού.

Ακόμα και μόνο του το γεγονός ότι μέσα σε ένα μήνα δύο ιατροί τέθηκαν εκτός της Κοινοβουλευτικής Ομάδας (Κ.Ο.) του Συνασπισμού Ριζοσπαστικής Αριστεράς (ΣΥ.ΡΙΖ.Α.) δίνει μια άλλη διάσταση στη γνωστή παροιμία «*Ένα μήλο την ημέρα το γιατρό τον κάνει πέρα*»...

Φαίνεται μάλιστα ότι «*Μήλο της Εριδος*» είναι το *Ινστιτούτο Προληπτικής και Εργασιακής Ιατρικής Prolapsis*, ιδρύτρια του οποίου είναι η Καθηγήτρια κ. *Αθηνά Λινού*, γνωστό για τις δράσεις του εδώ και περισσότερα από τριάντα χρόνια. Το *Ινστιτούτο Prolapsis* αποτελεί έναν επιστημονικό μη κερδοσκοπικό οργανισμό που δραστηριοποιείται στο χώρο της Ιατρικής Έρευνας, της Προαγωγής Υγείας και της Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής από το 1990, αναδεικνύοντας έτσι τη στενή σχέση της Ιατρικής Εργασίας και Περιβάλλοντος με τη Δημόσια Υγεία, πρωτοπορώντας στο πεδίο αυτό. Οι δράσεις του *Ινστιτούτου Prolapsis* ήταν γνωστές εδώ και χρόνια, τόσο σε ακαδημαϊκό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Πάντα σύμμαχος στα θέματα Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας, υπερασπίζοντας την ειδικότητα Ιατρικής Εργασίας και Περιβάλλοντος και τα αντικείμενά της.

Η όλη διακονία στα πεδία που προαναφέρθηκαν, μοιάζει να παραβλέφθηκαν στο βωμό των ποικίλων κομματικών και ενδοκομματικών αντιπαραθέσεων.

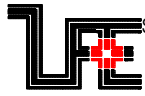
Αυτά που ακούσθηκαν περί κερδών του *Ινστιτούτου Prolapsis* είναι ολοφάνερο ότι δεν ισχύουν. Το να υπάρξει θετικό λογιστικό ισοζύγιο στους ισολογισμούς, αποτελεί σαφή απόδειξη υγιούς οικονομικής διαχείρισης. Τα ποσά αυτά δεν αντιμετωπίζονται ως κέρδη, αφού άλλωστε δεν αποτελούν κερδοφορία και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλο λόγο, παρά μόνο να μεταφερθούν στο επόμενο οικονομικό έτος και να αξιοποιηθούν αποκλειστικά για τους καταστατικούς σκοπούς του *Ινστιτούτου*, σύμφωνα με τη νομοθεσία που διέπει τις *Αστικές Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες* (ΑΜΚΕ).

Απολύτως σύννομα και ηθικά η Καθηγήτρια κ. *Αθηνά Λινού*, αμέσως μετά την εκλογή της στη Βουλή, παραιτήθηκε από τη θέση της Προέδρου του *Ινστιτούτου Prolapsis* (παρότι έγκυροι Καθηγητές Νομικής είχαν γνωματεύσει ότι μπορούσε να διατηρήσει την ιδιότητα αυτήν) – κι αν τυχόν γνώριζαν κάτι διαφορετικό (περί μη παραίτησης) οι ποικίλοι κοινοβουλευτικοί θεσμοί (Πρόεδρος και Αντιπρόεδροι της Βουλής, υπηρεσίες, κόμματα, βουλευτές κλπ) είχαν την υποχρέωση να το δημοσιοποιήσουν.

Με κάθε παρρησία η Καθηγήτρια κ. *Αθηνά Λινού* ενημέρωσε θεσμικά τον Αρχηγό της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης, ο οποίος ενώ ζήτησε από Νομική Εταιρεία να τα ελέγξει, δεν περίμενε (ούτε και δημοσιοποίησε) σχετική Γνωμάτευση, αλλά σε ανάρτησή του στο *Facebook* ανέφερε ότι το γραφείο του «ζήτησε περαιτέρω διευκρινίσεις και στοιχεία» πέραν των 459 σελίδων με οικονομικά στοιχεία του *Ινστιτούτου Prolapsis*, που είχαν ήδη σταλεί – άραγε τις είχε διαβάσει κανείς;

Το πλέον σημαντικό έργο του *Ινστιτούτου Prolapsis* είναι το πρόγραμμα *Διατροφή* (Πρόγραμμα Σίτισης και Προώθησης Υγιεινής Διατροφής) με κύριο στόχο την αντιμετώπιση της επισιτιστικής ανασφάλειας και την προώθηση υγιεινής διατροφής

σε σχολεία ευπαθών περιοχών σε ολόκληρη την Ελλάδα (διάρκεια προγράμματος: 09.04.2012 έως 30.06.2024). Στο πλαίσιο του προγράμματος *Διατροφή* από το 2012 έχουν διατεθεί σε 941 σχολεία και σε τουλάχιστον 198.580 μαθητές σε ολόκληρη την Ελλάδα περισσότερα από 18,7 εκατομμύρια γεύματα. Σημείο αντιπαράθεσης για το πρόγραμμα αυτό αποτέλεσε η επίκληση παρέμβασης του *Ελεγκτικού Συνεδρίου* για μια Προγραμματική Σύμβαση του *Ινστιτούτου Prolepsis* με την *Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας*, ώστε να διέπεται με βάση το Ν. 4412/2016. Ωστόσο, το *Ελεγκτικό Συνέδριο* (Τμήμα Μείζονος Σύμβασης) είχε ήδη αποφανθεί με την Απόφαση 855/2017 ότι για τη σύμβαση αυτήν σωστά εφαρμόστηκε ο Ν. 4316/2016, αρ. 89 (και όχι ο Ν. 4412/2016 και η Οδηγία 2014/24/ΕΕ). Επομένως το ζήτημα είναι απόλυτα σαφές από πολιτική, ηθική, αλλά και νομική θεώρηση. Παρά το γεγονός αυτό, η Αξιωματική Αντιπολίτευση, με επιστολή του νέου Κοινοβουλευτικού Εκπροσώπου της, ανακοίνωσε προς τον Πρόεδρο της Βουλής, ότι μετά από εισήγηση του Αρχηγού της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης, τέθηκε εκτός Κοινοβουλευτικής Ομάδας η Καθηγήτρια κ. *Αθηνά Λινού*. Μάλλον έτσι θα μπορέσει να ασχοληθεί απρόσκοπτα με ζητήματα, όπως: ψυχική και σωματική υγεία για όλους, εργασιακά δικαιώματα και υποστήριξη των πιο ευάλωτων, περιβαλλοντικές πολιτικές και καθολική σίτιση παιδιών σε όλη τη χώρα. Για την προώθηση των θεμάτων αυτών θα ήταν μεγάλη απώλεια να απουσιάζει η Καθηγήτρια κ. *Αθηνά Λινού* από την Εθνική Αντιπροσωπεία. Θα ήταν απώλεια για τη Δημόσια Υγεία, για την Ιατρική Εργασία και Περιβάλλοντος, για την Κοινωνία των Πολιτών...



## EDITORIAL

### THE Prof. ATHENA LINOS REMOVAL BY PARLIAMENTARY GROUP OF SY.RIZ.A. IT DOES NOT SOLVE ISSUES, BUT OPENS PROBLEMS

*T.C. Constantinidis*

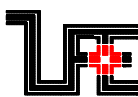


Specialist in Occupational and Environmental Medicine, Professor of Medical Faculty at the Democritus University of Thrace, Director of the Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Dean of the School of Health Sciences at the Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Brief comment on the deletion from the SY.RIZ.A Parliamentary Group of Professor *Athena Linos*, founder of the *Institute of Preventive and Occupational Medicine Prolepsis*. On 28.08.2024, the Official Opposition of Greek Parliament, with a letter from its new Parliamentary Representative, announced to the President of the Greek Parliament, that following a proposal by the Leader of the Official Opposition of Greek Parliament, Professor *Athena Linos* was removed from the Parliamentary Group of SY.RIZ.A.



# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 4

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

## ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

*Ελένη Ζορμπά*



Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (ΔΠΘ), Μέλος της International Commission on Occupational Health (ICOH), Σύμβουλος, Εμπειρογνώμων Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών σε Θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

*Περίληψη:* Σε ένα κλίμα που αλλάζει αρωγός στην επίτευξη και εξασφάλιση της υγείας και ασφάλειας των εργαζόμενων είναι η ρύθμιση και παροχή κινήτρων

HYGEIA@ERGAΣIA 2024, 15(4):5-8

στις εταιρείες για μείωση, ελαχιστοποίηση και εξάλειψη επικίνδυνων υλικών σε όλη την αλυσίδα εφοδιασμού προϊόντων και τις διαδικασίες παραγωγής.

Καθώς η κλιματική αλλαγή εντείνεται, οι εργαζόμενοι σε όλον τον κόσμο βρίσκονται σε αυξημένη έκθεση σε κινδύνους, όπως υπερβολική ζέστη, υπεριώδης ακτινοβολία, ακραία καιρικά φαινόμενα, ατμοσφαιρική ρύπανση, καθώς και από ασθένειες που μεταδίδονται από φορείς και αγροχημικά.

Η κλιματική αλλαγή δημιουργεί για το 70% των εργαζομένων στον κόσμο, ένα «συνονθύλευμα» σοβαρών κινδύνων για την υγεία.

Δισεκατομμύρια εργαζόμενοι εμφανίζουν καρκίνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικές ασθένειες, νεφρική δυσλειτουργία και καταστάσεις ψυχικής υγείας, όπως στρες, άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, PTSD διαταραχές ύπνου, επαγγελματικές αλλαγές συμπεριφοράς, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, επηρεάζοντας την εργασιακή ασφάλεια και την παραγωγικότητα.

Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι συντελούνται 22,85 εκατομμύρια εργατικά ατυχήματα, 18.970 θάνατοι και 2,09 εκατομμύρια εργαζόμενοι προσαρμόζονται στη ζωή έχοντας κάποια αναπηρία, συμβάντα τα οποία αποδίδονται στην υπερβολική θερμότητα. Χιλιάδες άλλοι πεθαίνουν από δηλητηρίαση από φυτοφάρμακα (>300.000), ατμοσφαιρική ρύπανση στο χώρο εργασίας (>860.000), ηλιακή ακτινοβολία (>18.960 λόγω μόνο μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος) και παρασιτικές και μεταδιδόμενες από φορείς ασθένειες (>15.170).

Καθώς οι κίνδυνοι της κλιματικής αλλαγής εξελίσσονται και εντείνονται, είναι απαραίτητο να επανεκτιμηθεί η υφιστάμενη νομοθεσία, να δημιουργηθούν νέοι κανονισμοί - οδηγίες για την προώθηση χρήσης κατάλληλων διαδικασιών πρόληψης, προστασίας και ασφάλειας, αξιοποιώντας και δίνοντας προτεραιότητα στους Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας και Περιβάλλοντος για εξειδικευμένη ιατρική παρακολούθηση, λίστες επαγγελματικών ασθενειών, όρια επαγγελματικής έκθεσης (OEL), εκπαίδευση, εκτίμηση κινδύνου και τήρηση προληπτικών μέτρων στο χώρο εργασίας.

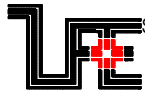
Απαιτείται ενίσχυση της κουλτούρας υγείας και ασφάλειας με προγράμματα κατάρτισης για την εκπαίδευση εργοδοτών - εργαζομένων σχετικά με τους κινδύνους της κλιματικής αλλαγής και πρακτικά μέτρα προστασίας με βάση τις αξιολογήσεις της κλιματικής αλλαγής, την ιεραρχία του ελέγχου και τη λήψη μέτρων και στρατηγικών, όπως η βελτίωση της ενεργειακής απόδοσης, η προσαρμογή στις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής, η ανάπτυξη ευαισθητοποίησης προτύπων ΥΕΑ για τεχνολογίες, διαδικασίες εργασίας και νέα υλικά που σχετίζονται με τη μετάβαση.

Αρωγός στην επίτευξη και εξασφάλιση της υγείας και ασφάλειας σε ένα κλίμα που αλλάζει είναι η ρύθμιση και παροχή κινήτρων στις εταιρείες για μείωση,

ελαχιστοποίηση και εξάλειψη επικίνδυνων υλικών σε όλη την αλυσίδα εφοδιασμού προϊόντων και τις διαδικασίες παραγωγής.

We are running out of time! The time to act is now!

Το κείμενο της κ. *Ελένης Ζορμπά* έχει αναρτηθεί από 01.06.2024 στον ιστότοπο <https://energizinggreece.gr/2024/06/01/eleni-zorba-md-phd-eidikos-giatros-ergasias-follow-the-leaders-of-e-world-environment-day/>



*EDITORIAL*

## THE IMPACTS OF CLIMATE CHANGE CONTINUE TO PRESENT SIGNIFICANT CHALLENGES FOR THE HEALTH AND SAFETY OF WORKERS

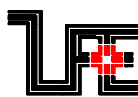
*Helen Zorba*



Specialist on Occupational and Environmental Medicine, PhD in Medicine, Democritus University of Thrace. Member of the International Commission on Occupational Health (ICOH), Consultant, Expert of Businesses and Industries in Occupational Health and Safety Issues.

*Abstract:* In a changing climate, helping to achieve and ensure worker health and safety is regulating and incentivizing companies to reduce, minimize and eliminate hazardous materials throughout the product supply chain and manufacturing processes.

# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 4

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:

Η ΔΙΑΓΡΑΦΗ ΛΙΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ Κ.Ο. ΤΟΥ ΣΥ.ΡΙΖ.Α.  
ΔΕΝ ΛΥΝΕΙ ΘΕΜΑΤΑ, ΑΛΛΑ ΑΝΟΙΓΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

**Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 1-4

EDITORIAL:

THE Prof. ATHENA LINOS REMOVAL BY PARLIAMENTARY GROUP OF SY.RIZ.A.  
IT DOES NOT SOLVE ISSUES, BUT OPENS PROBLEMS?

**T.C. Constantinidis**

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

**Ελένη Ζορμπά**

σελ. 5-8

EDITORIAL:

THE IMPACTS OF CLIMATE CHANGE  
CONTINUE TO PRESENT  
SIGNIFICANT CHALLENGES  
FOR THE HEALTH AND SAFETY OF WORKERS

**Helen Zorba**

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ  
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Ηρώ - Χρυσάνθη Πετούνα, Μανόλης Παπαδόπουλος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 19-60

WORKER HEALTH EFFECTS  
OF AMPHETAMINOID USE AND  
PERFORMANCE-ENHANCING

**Iro - Chrysanthi Petouna, Manolis Papadopoulos and T.C. Constantinidis**

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΑ ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

**Ζωή Γροντή και Παναγιώτης Μαρχαβίλας**

σελ. 61-126

TECHNIQUES AND METHODS FOR TRAINING EMPLOYEES  
ON SAFETY ISSUES IN TECHNICAL PROJECTS AND SYSTEMS

**Zoi Gronti and Panagiotis Marhavalas**

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ  
ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος, Χ. Κοντογιώργης, Ε. Νένα και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 127-176

PERCEPTIONS OF HEALTHCARE WORKERS  
FOR LUNG CANCER SCREENING PROGRAMS AND PUBLIC HEALTH PROMOTION ACTIVITIES  
IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS

**Konstantinos Papadopoulos, C. Kontogiorgis, E. Nena and T.C. Constantinidis**

ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΓΙΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ  
ΝΟΣΗΣΗΣ ΜΕ COVID-19 ΤΩΝ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

**Ειρήνη Τσανίδου, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και Αλεξάνδρα Τσαρούχα**

σελ. 177-236

OPINIONS AND ATTITUDES OF CIVIL SERVANTS FOR MANDATORY DIAGNOSTIC TESTING  
OF COVID-19 ILLNESS IN THE UNVACCINATED AT THE PRIVATE EXPENSE OF EMPLOYEES

**Eirini Tzanidou, T.C. Constantinidis and Alexandra Tsarouha**

ΚΑΛΛΙΕΡΓΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ:  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

**Γεωργία Ειρήνη Δεληγιαννίδου, Χ. Κοντογιώργης, Ε. Νένα και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 237-264

CULTIVATING THE WELL-BEING OF WORKERS:  
THE ROLE OF FOOD SECURITY AND EATING HABITS

**Georgia Eirini Deligiannidou, C. Kontogiorgis, E. Nena and T.C. Constantinidis**

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ  
ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΓΙΑ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ  
ΣΤΟΥΣ ΕΥΑΛΩΤΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ

**Βαρβάρα Κουβάτα, Ειρήνη Τσανίδου, Ε. Νένα, Χ. Κοντογιώργης και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 265-350

FACTORS INFLUENCING  
POLIO VACCINE VACCINATION COVERAGE  
AMONG VULNERABLE POPULATIONS  
IN THE REGION OF THRACE, GREECE

**Varvara Kouvatá, Eirini Tzanidou, Evangelia Nena, Christos Kontogiorgis and T.C. Constantinidis**

*ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:*  
ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)  
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ  
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΚΑΙ ΤΗΣ Ε.Ε.

**Θεόδωρος Αγοραστός**

σελ. 351-366

*ARTICLE OF GENERAL INTEREST:*  
POSITIONS OF THE HELLENIC SOCIETY  
ON RESEARCH AND TREATMENT OF HPV  
ON THE PROSPECTS FOR ELIMINATION  
OF CERVICAL CANCER IN GREECE  
ACCORDING TO THE GUIDELINES OF W.H.O. AND E.U.

**Theodoros Agorastos**

*ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:*  
ΑΡΑΓΕ ΚΑΤΑΡΓΟΥΝΤΑΙ ΟΚΤΑΩΡΟ ΚΑΙ ΠΕΝΘΗΜΕΡΟ  
ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΠΟΥ ΙΣΧΥΕΙ ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ 24:7:365;

**Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 367-370

*EDITORIAL:*  
ARE THE EIGHT-HOUR WORKING PER DAY  
AND THE FIVE-DAY WEEKLY WORK ABOLISHED  
IN SOCIETIES WHERE THE STANDARD 24:7:365 APPLIES?

**T.C. Constantinidis**

*ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:*  
Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΟΚΤΑΩΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Αντώνης Λιάκος**

σελ. 371-376

*ARTICLE OF GENERAL INTEREST:*  
THE HISTORY AND THE FUTURE OF EIGHT HOURS WORK IN GREECE

**Antonis Liakos**

*ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ*  
ΔΗΓΜΑΤΑ ΑΡΑΧΝΩΝ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΟΝ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ  
ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ

**Μαρία Χατζάκη**

σελ. 377-380

*ARTICLE OF GENERAL INTEREST*  
SPIDER BITES THAT MAY CAUSE  
SERIOUS HEALTH PROBLEMS IN HUMANS

**Maria Chatzaki**

ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ  
ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ,  
ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΦΥΣΗΣ...  
**Αλέξης Μπένος**

σελ. 381-386

ARTICLE OF GENERAL INTEREST  
DESTRUCTION OF HEALTH CARE SERVICES,  
DESTRUCTION OF WORK, DESTRUCTION OF NATURE...  
**Alexis Benos**

ΕΞΩΦΥΛΛΟ: ΕΠΙΓΕΙΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΛΛΕΙΩΝ ΚΑΜΑΡΙΖΑΣ ΛΑΥΡΙΟΥ, 01.05.2017  
Φωτογραφία: **Νίκος Σαραφόπουλος**

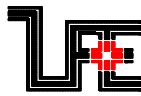
FRONT COVER: ON-GROUND MINING FACILITIES OF KAMARIZA LAVRIO, GREECE, 01.05.2017  
Foto: **Nikos Sarafopoulos**

BACK COVER: OLD FORTRESS OF CORFU, 30.06.2024  
Foto: **Charalampos Andreadis**

ΟΠΙΣΘΟΦΥΛΛΟ: ΠΑΛΙΟ ΦΡΟΥΡΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ, 30.06.2024  
Φωτογραφία: **Χαράλαμπος Ανδρεάδης**



# HYGEIA@ERGASIA



SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

---

## International Editorial Board:

*Theodore Bazas*, M.D., Ph.D., M.Sc. (London), D.I.H. (Conj. Engl.), Specialist in Occupational Medicine (J.C.H.M.T., U.K.), Fellow (and Dissertation Assessor) of the Faculty of Occupational Medicine of the Royal College of Physicians of London, Member of the International Commission on Occupational Health (I.C.O.H.), President of the Committee of Process Protocols of the Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine, Former W.H.O. (F.T.) Regional Adviser (on Noncommunicable Diseases).

*Stefanos N. Kales*, M.D., Ph.D., M.P.H., F.A.C.P., F.A.C.O.E.M., Professor of Medicine at Harvard Medical School (H.M.S.), Professor and Director of the Occupational and Environmental Medicine Residency at the Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.), Cambridge, Boston, U.S.A.

*Manolis Kogevinas*, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor, Scientific Director of Severo Ochoa-Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), President of International Society of Environmental Epidemiology (I.S.E.E.), Director of the European Educational Programme in Epidemiology (E.E.P.E. - Florence course).

*Georgios Lyratzopoulos*, M.D., F.F.P.H., F.R.C.P., M.P.H., D.T.M.H., Clinical Senior Research Associate, H.R. Post-Doctoral Fellow, National Institute for Health Research (N.I.H.R.), Reader in Cancer Epidemiology, Health Behaviour Research Centre, Department of Epidemiology and Public Health, University College, London (U.C.L.).

*Elias Mosialos*, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor of Health Policy, London School of Economics (L.S.E.), Department of Social Policy, Head of Department of Health Policy and Director of L.S.E. Health, London, Professor of Health Policy and Management, Co-Director, Centre for Health Policy, Imperial College London.

*Euthalia Roussou*, M.D., Ph.D., M.Sc., Consultant Rheumatologist, Barking Havering and Redbridge University Hospitals N.H.S. Trust (B.H.R.U.T.), Former Clinical Senior Lecturer at the Queen Mary's Medical School, London (U.K.).

*Epidoforos S. Soteriades*, M.D., S.M., Sc.D., Occupational Medicine Physician, Epidemiologist, Associate Professor of the School of Healthcare Management, Open University of Cyprus, Nicosia, Cyprus, Faculty of Economics and Management Visiting Scientist, Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health (H.S.P.H.).

*Agis Tsouros*, M.D., Ph.D., F.F.P.H. (U.K.), International Adviser on Health Policy, Governance and Diplomacy, International Adviser for Global Healthy Cities. Former Director on Policy and Governance for Health and Wellbeing at the World Health Organization, Regional Office for Europe. Former Chairman of the Greek National Board of Public Health. Former President of the Greek Centre for Disease Control, Visiting Professor, Institute for Global Health Innovation, Imperial College, London. Honorary Professor, University of Durham.

*Constantine I. Vardavas*, M.D., R.N., M.P.H., Ph.D., F.C.C.P., E.R.T., Lecturer on Oral Health Policy and Epidemiology, co-Director of the Dental Public Health, Harvard School of Dental Medicine (H.S.D.M.), Senior Research Scientist, Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.), Cambridge, Boston, U.S.A.

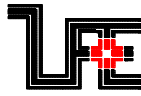
**HYGEIA@ERGASIA** is the scientific journal of the *Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine* and the M.Sc. Program «*Health and Safety in Workplaces*» of the Medical School, Democritus University of Thrace

The journal does not necessarily agree with the views, positions, conclusions and recommendations expressed in articles published in it.

**Editor-in-Chief:** Prof. *T.C. Constantinidis*, M.D., Ph.D., Dean of School of Health Sciences, Democritus University of Thrace, *Alexandroupolis*, Greece, cell phone: 6938909510, e-mail: [tconstan@med.duth.gr](mailto:tconstan@med.duth.gr)



# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

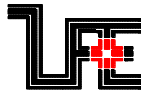
## Επιστημονική Επιτροπή:

Αγαθοκλέους Μαρία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Αθανασάκης Κωνσταντίνος, Επ. Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Παν. Δυτικής Ατικής  
Αθανασίου Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής European University Cyprus, Σύμβουλος Ιατρός Εργασίας, Ανώτερος Ιατρικός Λειτουργός, Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου  
Αλεξίου Χατζάκη Αικατερίνη, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Ινστιτούτου Αγροδιατροφής και Επιστημών Ζωής, Πανεπιστημιακό Ερευνητικό Κέντρο Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου  
Αλεξόπουλος Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Αλεξόπουλος Χαράλαμπος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, τ. Διευθυντής Υπηρεσίας Ιατρικής Εργασίας ΔΕΗ  
Αναστασάπουλος Αναστάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Ανωγειανάκης Γεώργιος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Αρβαντιδου - Βαγιωνά Μαλαματένια, Ομ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Αργυριάδου Στέλλα, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Χρυσούπολης Καβάλας  
Βαδικόλιας Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ  
Βαλογιάννη Κωνσταντίνα, τ. Υγιειν. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης  
Βελονάκης Μανώλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής Παν. Αθηνών  
Γαβριλάκης Μάνος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Γαλανοπούλου Ελισάβετ, Δρ. Βιοχημικός, τ. Αν. Γενική Διευθύντρια Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας  
Γελαστοπούλου Ελένη, Καθηγήτρια, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών  
Γιατρομανωλάκη Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας ΔΠΘ, μέλος Συμβουλίου Διοίκησης ΔΠΘ  
Γουσόπουλος Σταύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Γρηγορίου Ιωάννα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ανώτερος Ιατρικός Λειτουργός, Υπουργείο Υγείας Κύπρου  
Δεσαριδής Χρήστος, Αν. Καθηγητής, Νομική Σχολή ΔΠΘ  
Δημοσιάτης Γιάννης, Αν. Καθηγητής, τ. Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
Δημητρίου Δημήτριος, Αν. Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ  
Δόκας Ιωάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών ΔΠΘ  
Δούδα Ελένη, Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΔΠΘ, Κοσμήτορας Σχολής Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΔΠΘ  
Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών, ΕΛΙΝΥΑΕ  
Δριβας Σπύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, τ. Υπεύθυνος Κέντρου Υγείας - Υγιεινής της Εργασίας, ΕΛΙΝΥΑΕ  
Δρυμπέτας Ευάγγελος, Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ, τ. Κοσμήτορας Σχολής Κοινωνικών, Πολιτικών και Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ, μέλος Συμβουλίου Διοίκησης ΔΠΘ  
Ζαφειρόπουλος Παντελής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Ζαχαρίας Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Ζηλίδης Χρήστος, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Ζημάλης Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Ζησιμόπουλος Αθανάσιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Ζορμπά Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Θανασιάς Ευθύμιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Κακαριά Δέσποινα, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Καναβάρης Παναγιώτης, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Ανατομίας, Ιστολογίας, Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
Καρελή Αργυρώ, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Καρτάλη Σοφία, Ομ. Καθηγήτρια, τ. Πρόεδρος Τμήμ. Ιατρικής ΔΠΘ  
Κικεμένη Αναστασία, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Ατικής  
Κοντογιώργης Χρήστος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Κουκουλιάτα Αλεξάνδρα, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ, Υγιειν. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης  
Κουλουριώτης Δημήτριος, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης ΔΠΘ  
Κουρούκλης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Κουρούσης Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Κουσκούκης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ  
Κουπής Χαρίλαος, Ομ. Καθηγητής, Παν. Δυτικής Ατικής  
Κυπριαίου Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Διευθύντρια ΕΣΥ, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θρίασιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας  
Κωστόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, τ. Διευθυντής ΕΣΥ  
Λαμπροπούλου Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Ιστολογίας - Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Λινού Αθηνά, Καθηγήτρια, τ. Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, τ. Πρόεδρος Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής Prolepsis

Λιονής Χρήστος, F.R.C.G.P. (Hon), F.W.O.N.C.A., F.E.S.C., Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης, Επισκέπτης Καθηγητής Γενικής Ιατρικής, Σχολή Υγείας και Ιατρικής Παν. Linköping Σουηδίας  
Μακρόπουλος Βασίλειος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ομ. Καθηγητής, Παν. Δυτικής Αττικής, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΕΛΙΝΥΑΕ  
Μαλλιάρου Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Παν. Θεσσαλίας  
Μαλιέζος Ευστράτιος, Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Μαραγκός Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης, ΣΕΠΕ  
Μαρχαβίλας Παναγιώτης, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός, Μηχανικός Υπολογιστών ΔΠΘ, Διδάκτορας Τμήματος Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών ΔΠΘ, Διδάκτορας Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης ΔΠΘ  
Μερκούρης Μποδοσάκης - Πρόδρομος, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Επ. Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ  
Μουχτούρη Βαρβάρα, Αν. Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας  
Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Αν. Καθηγήτρια, Παν. Δυτικής Αττικής  
Μπεζιρτζόγλου Ευγενία, Καθηγήτρια, Ειδικός Βιοπαθολόγος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Μπενέκα Αναστασία, Καθηγήτρια Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) ΔΠΘ  
Μπέπος Αλέξης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Συντονιστής Κέντρου Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτικής Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
Μπεχράκης Παναγιώτης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών  
Μπουμπόπουλος Νεκτάριος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Μπούρος Δημοσθένης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών  
Νένα Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Αν. Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Νταβέλος Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Ντζάνη Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
Ντούσιος Σπυρίδων, Αν. Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ  
Ντουσιάς Γεώργιος, Καθηγητής, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Υγείας, Πρόεδρος Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Παν. Δυτικής Αττικής  
Οικονόμου Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Οικονομίδου Ειρήνη, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Ευόσμου  
Ορφανίδης Μωυσής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Former (full time) Medical Adviser - Disability Analyst, UK  
Παναζή Ευγενία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Πανταζοπούλου Αναστασία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Παπαδάκης Νίκος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Παπαδόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Παπαναγιώτου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Πατεντάκης Μιχάλης, τ. Διευθυντής ΕΣΥ  
Πατούχας Δημήτρης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Πατρών  
Πιπερίδου Χαριτωμένη, Ομ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ  
Πολύζος Νίκος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Πρασόπουλος Παναγιώτης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Ραχιώτης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας  
Σαμπάνη Κωνσταντίνα, Ιατρός, Postdoctoral Research Fellow, Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.)  
Σαραφόπουλος Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, τ. Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΠΕ  
Σιμιτζής Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Σιχλειτίδης Λάζαρος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Σκούφη Γεωργία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας  
Στάμου Ιωάννης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θράσσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνιας  
Στερόπουλος Πασχάλης, Καθηγητής, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Τέντες Γιάννης, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Βιοχημείας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Τζίμας Αλέξης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος  
Τούνας Γιάννης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, Διευθυντής Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, Διευθυντής Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής  
Τριγιάνης Ιωάννης, M.Sc., Ph.D., Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΕΠ) Δημοκriteίου Πανεπιστημίου Θράκης  
Τρυψιάνης Γρηγόριος, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Φρακλής Παναγιώτης, P.T., A.T.C., B. Ph.Ed., Ph.D., Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Εμβιομηχανικής και Εργονομίας, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Παν. Θεσσαλίας, Res. Assoc. Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolinska Institutet, Sweden  
Τσαρούχα Αλέκα, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Βιοηθικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Τσελεμπόνης Αθανάσιος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμ. Ιατρικής ΔΠΘ  
Τσίγαλου Χριστίνα, Αν. Καθηγήτρια, Ειδικός Βιοπαθολόγος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Τσοβίλη Εύα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, MPH, M.Sc. Δημόσιας Υγείας  
Φιλαλήτης Αναστάσιος, Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης  
Φιλιή Δέσποινα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ειδικός Κοινωνικής Ιατρικής - Δημόσιας Υγείας, Διευθύντρια ΕΣΥ, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θράσσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνιας  
Φραντζέσκου Ελπίδα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Φρουδαράκης Μάριος, Καθηγητής, τ. Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Χαδόλιας Δημήτριος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Χάλαρης Μιχάλης, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Χημείας ΔΠΘ  
Χατζάκη Μαρία, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Μοριακή Βιολογίας και Γενετικής ΔΠΘ  
Χατζής Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Χατζηχριστοδούλου Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας, Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας  
Χριστοδούλου Αντώνιος, Ηλεκτρολόγος Μηχανολόγος Μηχανικός, τ. Προϊστάμενος Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία, Υπουργείο Εργασίας

**Εκδότης:** Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Κοσμητορας Σχολής Επιστημών Υγείας ΔΠΘ e-mail: tconstan@med.duth.gr

# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

## Οδηγίες προς τους συγγραφείς:

Το περιοδικό **HYGEIA@ERGAΣIA** αποτελεί επιστημονική έκδοση που έχει στόχο να συμβάλλει στην έρευνα και στην εκπαίδευση των ιατρών και όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο πολυεπιστημονικό πεδίο της *Ιατρικής της Εργασίας*, της *Περιβαλλοντικής Ιατρικής* και της *Ασφάλειας στην Εργασία*, καθώς και στο ευρύτερο πεδίο της *Δημόσιας Υγείας* και ό,τι είναι συγγενές με τα παραπάνω επιστημονικά πεδία. *Γενικοί κανόνες υποβολής των άρθρων:* Μετά από κρίση, δημοσιεύονται στο περιοδικό στα ελληνικά ή στα αγγλικά, άρθρα που δεν έχουν δημοσιευθεί ή θα δημοσιευθούν αλλού στο σύνολό τους. Όλα τα άρθρα συνοδεύονται από ελληνική και αγγλική περίληψη. Κεφαλαία γράμματα εντός του κειμένου συνιστάται να αποφεύγονται. Τα ακρωνύμια πρέπει να εξηγούνται ολογράφως στη πρώτη αναφορά τους. Τα υποβαλλόμενα άρθρα δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις δέκα τυπωμένες σελίδες και να έχουν στο σώμα κειμένου το λιγότερο 600 λέξεις. Το ίδιο άρθρο δεν δημοσιεύεται στο αγγλικό και στο ελληνικό τμήμα ταυτόχρονα, παρά μόνο σε περίπτωση. Η ακρίβεια των βιβλιογραφικών αναφορών, η ακρίβεια του περιεχομένου, η αυθεντικότητα, η πρωτοτυπία και η τυχόν απαραίτητη λήψη άδειας για την υποβολή και δημοσίευση στο περιοδικό, των πινάκων και σχημάτων άλλων εργασιών, είναι στην απόλυτη υπευθυνότητα των συγγραφέων. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για τυχόν εσφαλμένες θέσεις ή για τη μη εκπλήρωση όλων των υποχρεώσεών τους. Επί τρία χρόνια μετά τη δημοσίευση του άρθρου είναι δυνατόν να ζητηθεί από τους συγγραφείς να αποστείλουν τα βασικά δεδομένα της εργασίας τους. Τα άρθρα προς δημοσίευση υποβάλλονται στο περιοδικό μόνο σε ηλεκτρονική μορφή. Τα κείμενα πρέπει να γράφονται με πεζοκεφαλαία, με χαρακτήρες γραμμάτων *arial narrow*, μέγεθος γραμμάτων 12 στιγμών, μονή απόσταση σειρών και περιθώρια 2,5 εκατοστών. Η επικοινωνία με τους συγγραφείς γίνεται με ηλεκτρονική μορφή και οι απαντήσεις τους πρέπει να δίδονται σύντομα. *Κατηγορίες των άρθρων:* α) πρωτότυπα άρθρα, που αφορούν θέμα που δεν έχει δημοσιευθεί μέχρι την ημερομηνία υποβολής του άρθρου, β) ερευνητικά άρθρα, που μελετούν γνωστά θέματα προς επιβεβαίωση, απόρριψη ή περαιτέρω επεξεργασία, γ) εκτεταμένα ή βραχεία άρθρα ανασκόπησης, τα οποία θεωρούνται μονογραφίες ειδικών και γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς από διαφορετικές ειδικότητες, δ) άρθρα βραχείας επικοινωνίας, πρωτότυπα συνήθως ή αξιολογικά ερευνητικά, όταν περιλαμβάνονται σε περιγραφές περιπτώσεων, με μικρότερο ενδεχόμενα αριθμό περιπτώσεων, ε) διακεκριμένες διαλέξεις, στ) τεχνικά σημειώματα, ζ) ειδικά άρθρα γενικού ενδιαφέροντος για την Ιατρική της Εργασίας, την Περιβαλλοντική Ιατρική, την Ασφάλεια στην Εργασία, τα Οικονομικά της Εργασίας, την Ιστορία της Ιατρικής της Εργασίας, θέματα Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής, καθώς και Κοινωνικής Ιατρικής που άπτονται και της Ιατρικής της Εργασίας, η) περιγραφές ενδιαφερουσών περιπτώσεων στις οποίες συνιστάται να μην συμπεριλαμβάνονται βραχείες ανασκοπήσεις του θέματος, θ) άρθρα της έκδοσης και ι) επιστολές προς το περιοδικό που πρέπει να περιέχουν αδημοσίευτες απόψεις, να υπογράφονται από όλους τους συγγραφείς, να μην αποτελούνται από περισσότερες από 1000 λέξεις, να μη γράφονται από περισσότερους από πέντε συγγραφείς και να μην περιλαμβάνουν

περισσότερες από 15 βιβλιογραφικές αναφορές και δύο πίνακες, εικόνες ή σχήματα. *Επιστολή υποβολής άρθρων ή επιστολών προς το περιοδικό*: Τα άρθρα και οι επιστολές προς το περιοδικό, συνοδεύονται από επιστολή, στην οποία όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: α) συμφωνούν με τις παρούσες οδηγίες προς τους συγγραφείς, β) συμφωνούν να υποβάλλουν το άρθρο αυτό, μόνο στο περιοδικό και παρέχουν στο περιοδικό τα συγγραφικά τους δικαιώματα, γ) όλοι οι συγγραφείς συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις της εργασίας αυτής κατά τρόπο ουσιαστικό, δ) το άρθρο ή η επιστολή προς το περιοδικό, δεν δημοσιεύθηκε ούτε θα δημοσιευθεί εν μέρει ή συνολικά σε άλλο έντυπο, μέχρι να ολοκληρωθεί η κρίση του στο περιοδικό, ε) οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν αν έχουν οικονομικά συμφέροντα ή προσωπική σχέση με άτομα, οργανισμούς, εταιρείες κ.λ.π. και να δηλώσουν αν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, στ) οι συγγραφείς που μελετούν εργαζόμενοι ή ασθενείς πρέπει να δηλώσουν ότι αυτοί έδωσαν την ανεπιφύλακτη συγκατάθεση τους για την τέλεση των δοκιμασιών της εργασίας και ότι η ειδική επιστημονική επιτροπή αρμόδια για θέματα Ιατρικής Ηθικής του Ιδρύματος όπου διασχάθηκε η εργασία, έλεγξε και ενέκρινε το σχετικό πρωτόκολλο εργασίας και ζ) για πειράματα σε ζώα πρέπει να αναφέρεται η λήψη σχετικής άδειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες και ότι τηρήθηκαν οι αρχές της φροντίδας των ζώων. *Δομή των άρθρων*: Στα άρθρα που υποβάλλονται πρέπει να διακρίνονται τα εξής τμήματα: α) η σελίδα του τίτλου, που δεν πρέπει να μην υπερβαίνει τις 14 λέξεις, πρέπει να περιλαμβάνει τα πλήρη ονόματα των συγγραφέων και των ιδρυμάτων στα οποία ανήκουν, τη διεύθυνση για αλληλογραφία και 4-5 λέξεις ευρετηρίου, β) η σελίδα της περίληψης στα ελληνικά και γ) η σελίδα της περίληψης στα αγγλικά (μαζί τον πλήρη τίτλο στα αγγλικά). Οι περιλήψεις περιλαμβάνουν σύντομα: τις επιστημονικές μέχρι τώρα γνωστές θέσεις πάνω στις οποίες βασίσθηκε ο σκοπός της εργασίας, το σκοπό της εργασίας, τους μελετηθέντες, το υλικό και τις μεθόδους, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα. Αναλυτικότερα, στην *Εισαγωγή* περιλαμβάνεται μόνο ό,τι είναι μέχρι σήμερα γνωστό στο θέμα και με βάση αυτό, αναφέρεται στη συνέχεια από τους συγγραφείς για ποιόν ή για ποιούς λόγους διεκπεραίσαν τη δική τους μελέτη. Το *Υλικό* του άρθρου, ή τα άτομα που μελετήθηκαν και οι *Μέθοδοι* που χρησιμοποιήθηκαν. Ακολουθούν τα *Αποτελέσματα*. Όσα αναφέρονται στους *Πίνακες* δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται να υπογραμμισθεί απαραίτητα κάποιο αποτέλεσμα. Επεται η *Συζήτηση* και ακολουθούν τα *Συμπεράσματα* που αποτελούν ξεχωριστό κεφάλαιο. Τα συμπεράσματα πρέπει να είναι σύντομα, χωρίς σχόλια και να στηρίζονται μόνο στα ειδικά αποτελέσματα της εργασίας. Ακολουθούν: οι *Ευχαριστίες* και η *Βιβλιογραφία*. Στο κείμενο μπορούν να αναφέρονται οι βιβλιογραφικές αναφορές με αριθμούς σε παρενθέσεις, είτε με τα ονόματα των συγγραφέων. Αν προτιμηθεί να αναφέρονται ονόματα συγγραφέων, τοποθετείται και η χρονολογία της εργασίας και ο αριθμός της εργασίας σε παρένθεση. Η βιβλιογραφία περιέχει διαδοχικά και με αύξοντα αριθμό, μόνο όσες αναφορές αναφέρονται στο κείμενο και έχουν δημοσιευθεί ή πρόκειται να δημοσιευθούν. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται όλα τα ονόματα των συγγραφέων και συνεργάτες. Αν τα ονόματα είναι μόνο τέσσερα, αναφέρονται όλα. Στο κείμενο οι βιβλιογραφικές αναφορές γράφονται σε αγκύλες με αριθμούς, που παραπέμπουν στη Βιβλιογραφία, είτε με το όνομα του πρώτου συγγραφέα και το έτος δημοσίευσης. Οι κριτές ενδέχεται να προτείνουν επιπλέον ή νεότερες βιβλιογραφικές αναφορές. Οι *Πίνακες* αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και ο τίτλος τους βρίσκεται στο πάνω μέρος, ενώ τα *Σχήματα* αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και έχουν βραχύ τίτλο με χαρακτήρες μεγέθους 12 στιγμών, που τοποθετείται στο κάτω μέρος. Τέλος, οι συντομεύσεις και τα ακρωνύμια που περιλαμβάνονται στους Πίνακες ή στα Σχήματα πρέπει να επεξηγούνται και στον τίτλο τους, ανεξάρτητα αν έχουν ήδη εξηγηθεί στο σώμα του κειμένου του άρθρου.

Το περιοδικό **HYGEIA@ERGAΣΙΑ** δεν συμφωνεί απαραίτητα με τις απόψεις, τις θέσεις, τα συμπεράσματα και τις συστάσεις που εκφράζονται στα άρθρα, τα οποία δημοσιεύει στα τεύχη του.

# ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

*Ηρώ-Χρυσάνθη Πετούνα, Μανόλης Παπαδόπουλος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης*

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (ΠΜΣ ΥΑΕ), Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ).

*Περίληψη:* Βιβλιογραφική ανασκόπηση της χρήσης ουσιών οι οποίες ενισχύουν την αντοχή και την απόδοση των εργαζομένων, όπως οι επαγγελματίες υγείας σε συνθήκες υψηλής εργασιακής πίεσης και απαιτήσεις υψηλής εργασιακής απόδοσης. Συχνά ακόμη παρατηρείται το φαινόμενο χρήσης από μαθητές και φοιτητές για τη βελτίωση των επιδόσεων στις σπουδές τους. Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων *PubMed* και *Scopus* για άρθρα σχετικά τη χρήση αμφεταμινοειδών από διάφορες ομάδες εργαζομένων δημοσιευμένες μετά το έτος 2000. Η αναζήτηση έγινε με τη χρήση των όρων: *amphetamines, work performance, performance enhancing drugs, stimulants, health and safety implications*. Οι ουσίες αυτές βελτιώνουν τα επίπεδα συγκέντρωσης (μέσω της αύξησης των επιπέδων της ντοπαμίνης και της αδρεναλίνης) και συμβάλλουν σε υψηλότερα επίπεδα επιδόσεων σε διάφορες εργασιακές ομάδες. Αυξάνουν την αντοχή σε πολύωρη εργασία, ανεβάζουν τα επίπεδα ενέργειας, μειώνουν την ανάγκη ύπνου και εντείνουν την ικανότητα λήψης αποφάσεων μειώνοντας τις αναστολές. Αν και η χρήση τους υπό ιατρική παρακολούθηση θεωρείται ασφαλής, παρατηρείται συχνά μη ιατρική χρήση και κατάχρηση των ουσιών αυτών η οποία συνεπάγεται κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία των χρηστών, αλλά και για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων. Οι αμφεταμίνες αποτελούν συχνά μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης κυρίως της *Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερδιέγερσης (ΔΕΠΥ)*, () της ναρκοληψίας και της παχυσαρκίας. Κύριες αρνητικές συνέπειες κατάχρησης αμφεταμινοειδών και εθισμού στις ουσίες αυτές είναι η απώλεια όρεξης, η δυσκολία στον ύπνο, η κεφαλαλγία, η νευρική κατάσταση, η ευερεθιστότητα, η ναυτία, η αλλαγή διάθεσης, η ξαφνική απώλεια βάρους και η δυσκολία στην επικοινωνία με συναδέλφους. Επαγγελματικές ομάδες στις οποίες αναφέρεται συχνή χρήση αμφεταμινών για την ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης είναι οι επαγγελματίες υγείας, οι στρατιωτικοί, οι οδηγοί φορτηγών μεγάλων αποστάσεων, αλλά συχνή χρήση αμφεταμινών παρατηρείται στους φοιτητές, στους ειδικευόμενους ιατρούς και στους αθλητές. Στην ανασκόπηση αυτήν αναφέρονται οι κίνδυνοι για την υγεία

και την ασφάλεια των εργαζομένων γενικά και ειδικά για κάποιες ομάδες εργαζομένων για τις οποίες υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα από δημοσιευμένες μελέτες. Η χρήση των αμφεταμινών, εκτός από την αύξηση της εργασιακής απόδοσης, συχνά συνδέεται με την εμφάνιση ψυχωτικών επεισοδίων, παραισθήσεων και ανεξέλεγκτης συμπεριφοράς – καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης εργατικών ατυχημάτων. Επιπλέον, η χρήση τους έχει συνδεθεί με ξαφνικά καρδιακά επεισόδια, υψηλά επίπεδα στρες, επιδείνωση των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων, ακόμη και θανάτους από υπερθερμία. Υπάρχει ανάγκη επιμόρφωσης των εργαζομένων και των εργοδοτών σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων από τη χρήση των αμφεταμινοειδών ως ενισχυτικά της απόδοσης στην εργασία. Αν και υπάρχει νομικό πλαίσιο, το οποίο απαγορεύει τη χρήση των ουσιών αυτών στην εργασία, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα χρήσης σε αρκετούς εργασιακούς χώρους. Για το λόγο αυτόν, η δήλωση χρήσης από τους εργαζόμενους και η διαδικασία βιολογικής παρακολούθησης των εργαζομένων, μέσω εργαστηριακών μετρήσεων των επιπέδων αμφεταμίνης, παρουσιάζει πολλές προκλήσεις. Η καλή επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων φορέων σε συνδυασμό με την ολοκληρωμένη επίβλεψη υγείας των εργαζομένων, τη σωστή ενημέρωση και τις κατάλληλες παρεμβάσεις προαγωγής υγείας στους χώρους εργασίας, μπορεί να οδηγήσει σε έλεγχο της ανεξέλεγκτης χρήσης διεγερτικών ουσιών και να βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Εχει αναπτυχθεί συζήτηση ότι δεν είναι σπάνιο να χρησιμοποιούνται ουσίες που ενισχύουν την αντοχή και την απόδοση των εργαζομένων, όπως π.χ. από επαγγελματίες υγείας σε συνθήκες υψηλής εργασιακής πίεσης και όταν υπάρχουν απαιτήσεις υψηλής εργασιακής απόδοσης.

Επιπροσθέτως, συχνά παρατηρείται το φαινόμενο χρήσης των αμφεταμινών από μαθητές και φοιτητές για βελτίωση των επιδόσεων στις σπουδές τους, καθώς επίσης και από αθλητές, οδηγούς οχημάτων μεγάλων αποστάσεων, καθώς και από στρατιωτικούς (ιδιαίτερα πιλότους), όπως επίσης και από στελέχη επιχειρήσεων.

Οι ουσίες αυτές βελτιώνουν τα επίπεδα συγκέντρωσης μέσω της αύξησης των επιπέδων ντοπαμίνης και αδρεναλίνης και συμβάλλουν σε υψηλότερα επίπεδα επιδόσεων σε διάφορες εργασιακές ομάδες.

Αν και η χρήση των ουσιών αυτών υπό ιατρική παρακολούθηση θεωρείται ασφαλής, παρατηρείται συχνά μη ιατρική χρήση και κατάχρηση που συνεπάγεται κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία των χρηστών, αλλά και για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων.



## **ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ**

### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ**

Η πρώτη καταγραφή σύνθεσης της αμφεταμίνης περιγράφεται το έτος 1927 από τον χημικό *G.A. Alles* στην αναζήτηση του για την παρασκευή ενός εύκολου και οικονομικού υποκατάστατου της εφεδρίνης. Τα αποτελέσματα πειραμάτων σε ζώα και σε ανθρώπους έδειξαν ότι η ρακεμική μεθυλαμφεταμίνη είχε την ικανότητα να προκαλεί διέγερση και αϋπνία (Bett, 1946, Guttman and Sargent, 1937). Η ονομασία που δόθηκε αρχικά στην ουσία αυτή ήταν βεζενδρίνη (Bezendrine) και δόθηκε στην κυκλοφορία το 1935 από τη φαρμακευτική εταιρεία *Smith, Kline and French* (SKF) για τη θεραπεία της ναρκοληψίας, της ήπιας κατάθλιψης, της ληθαργικής εγκεφαλίτιδας, της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και άλλων καταστάσεων (Bett, 1946, Guttman and Sargent, 1937, Tidy, 1938).

Το μόριο της αμφεταμίνης εμφανίζεται ως δεξιόστροφο ή ως αριστερόστροφο ισομερές ή εναντιομερές. Το έτος 1937 ξεκίνησε η παραγωγή του ισχυρότερου ισομερούς, της δ-αμφεταμίνης από τη φαρμακευτική εταιρεία *Smith, Kline and French* (SKF) με την εμπορική ονομασία *Dexedrine* (δεξενδρίνη). Η πώληση τόσο της βεζενδρίνης, όσο και της δεξενδρίνης ήταν ελεύθερη στα φαρμακεία μέχρι το έτος 1939, ενώ στη συνέχεια τα φάρμακα αυτά ήταν διαθέσιμα μόνο μέσω συνταγογράφησης. Αυξημένη χρήση των αμφεταμινών παρατηρήθηκε ειδικά στην αντιμετώπιση της ήπιας κατάθλιψης και της παχυσαρκίας, καθώς καταστέλλουν της επιθυμία για φαγητό (Healetal, 2013).

Οι ιδιότητες της αμφεταμίνης στην αύξηση της ικανότητας συγκέντρωσης, της αυξημένης πνευματικής διέγερσης και της μείωσης του στρες έγιναν εμφανείς πολύ σύντομα μέσω παρατήρησης, αλλά και μέσω δοκιμασιών ευφυΐας, με αποτέλεσμα να δοθεί μεγάλη ώθηση στη χρήση της ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας, στους ακαδημαϊκούς δασκάλους και στους φοιτητές (Guttman and Sargent, 1937, Tidy, 1938). Ήδη από το 1946, ο *Bett* αναφέρει τη διαδεδομένη χρήση των «χαπιών ενέργειας» (“energy pills”) στα στρατεύματα των *Συμμάχων* κατά τον *Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο*, σε εκτιμώμενο αριθμό χαπιών 150 εκατομμυρίων χαπιών βεζενδρίνης σε Αμερικανούς, καθώς και Βρετανούς στρατιώτες (Bett, 1946), ενώ αναφέρεται ότι ανάλογη κατάσταση υφίστατο και στο Γερμανικό στρατό (Ohler, 2017).

### **ΕΘΙΣΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗΣ**

Παρά τις εκτεταμένες αναφορές των ιδιοτήτων στην αύξηση της γνωσιακής ικανότητας, τα επιστημονικά δημοσιεύματα της εποχής δεν έκαναν ιδιαίτερη αναφορά στις εθιστικές ιδιότητες της χρήσης της αμφεταμίνης. Ο *Bradley* (1937) ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με τη χορήγηση βενζεδρίνης στα παιδιά για τη

θεραπεία της *διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας* (ΔΕΠΥ) (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder - ADHD). Χορήγησε βεζενδρίνη σε 30 παιδιά με ΔΕΠΥ για διάρκεια μίας εβδομάδας και στα μισά από αυτά τα παιδιά παρατήρησε θεαματική βελτίωση στις σχολικές επιδόσεις και στην συμπεριφορά τους, η οποία έγινε εμφανής από την πρώτη κιάλας ημέρα χορήγησης του φαρμάκου. Η συμβολή της ουσίας ήταν αδιαμφισβήτητη, καθώς οι ευεργετικές επιδράσεις εξαφανίσθηκαν μόλις έγινε διακοπή της χορήγησης (Bradley, 1937). Η χρήση της βεζενδρίνης στη θεραπεία της ΔΕΠΥ μειώθηκε δραστικά μετά τα αποτελέσματα κλινικών μελετών τα οποία έδειξαν ότι τα δ-ισομερή της αμφεταμίνης ήταν εξίσου αποτελεσματικά στην κλινική αντιμετώπιση του συνδρόμου και ξεκίνησε η παραγωγή νέων σκευασμάτων άμεσης ή παρατεταμένης απελευθέρωσης της ουσίας με την εμπορική ονομασία *Aderall* και *Aderall XR*, η χορήγηση των οποίων έχει αδειοδοτηθεί για παιδιά (ηλικίας 6-12 ετών), εφήβους και ενήλικες με διάγνωση ΔΕΠΥ, τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στον Καναδά (Healetal, 2013).

#### *ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ*

Οι αμφεταμίνες είναι ουσίες που δρουν διεγερτικά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και έχουν την ικανότητα να μειώνουν το αίσθημα κόπωσης, να αυξάνουν την αντοχή σε δραστηριότητες, να μειώνουν την ανάγκη ύπνου και να δημιουργούν αίσθηση ευφορίας και αισιοδοξίας. Οι ιδιότητες τους αυτές κάνουν τις αμφεταμίνες συχνά χρησιμοποιούμενες στην εργασία για να ενισχύσουν την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων. Ανήκουν στη γενικότερη ομάδα των *φαρμάκων ενίσχυσης απόδοσης στην εργασία* (performance enhancement drugs).

Οι επιδράσεις της χρήσης των αμφεταμινών στην εργασία κατηγοριοποιούνται ως ακολούθως:

A) *Επιδράσεις στη συμπεριφορά*: εργαζόμενοι που χρησιμοποιούν αμφεταμίνες στην εργασία συχνά έχουν απροσδόκητη συμπεριφορά. Μπορεί να επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα ενέργειας, απότομες αλλαγές διάθεσης χωρίς προφανή λόγο και συμπτώματα κατάθλιψης, συμφορές που συνδέονται με ζητήματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία και εμπίπτουν στη διαδικασία εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου σε κάθε εργασιακό χώρο. Ο εργοδότης έχει την ευθύνη του συντονισμού της επίβλεψης υγείας των εργαζομένων και χρειάζεται στοιχεία που να πιστοποιούν τη χρήση των αμφεταμινών για τη λήψη μέτρων, καθώς η υποψία χρήσης και μόνο δεν είναι αρκετή για να δικαιολογήσει την οποιαδήποτε ενέργεια.

B) *Επίδραση στην απόδοση στην εργασία*: Η χρήση των αμφεταμινών μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την ικανότητα του εργαζομένου προς εργασία. Η επίδραση στην εργασία μπορεί να γίνει εμφανής μετά από κάποιες ημέρες ή εβδομάδες χρήσης όπου η απόδοση θα αυξάνει και στη συνέχεια να ακολουθήσει περίοδος κατακόρυφης πτώσης τόσο στην εργασιακή απόδοση όσο στην εμφάνιση

εξάντλησης, απόσυρσης και απάθειας. Ειδικά στις περιπτώσεις όπου γίνεται χρήση των αμφεταμινών κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου παρατηρείται η πτώση στην απόδοση την Τετάρτη ημέρα της εβδομάδας όταν υποχωρούν οι ευεργετικές επιδράσεις των αμφεταμινών. Η ημέρα αυτή είναι γνωστή και ως “weeepy Wednesday”, καθώς κατά την ημέρα αυτήν εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν εξαιρετική αίσθηση κόπωσης από τη μέση της εβδομάδας, ανεξήγητη δυσθυμία και αλλαγές διάθεσης, παραισθήσεις, φοβίες, παράλογη ανησυχία για απλά ζητήματα και αδυναμία συγκέντρωσης στην εργασία. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών κατά τη διάρκεια της εργασίας επηρεάζει τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τη φυσιολογική ροή της δουλειάς (Kassim, 2023).

Αναφορικά με τη σωματική υγεία, εκτός από τα βραχυχρόνια συμπτώματα κατάχρησης αμφεταμινών τα οποία περιλαμβάνουν ξηροστομία, ταχυκαρδία, δυσκολία στην αναπνοή, αυξημένη αρτηριακή πίεση και εφίδρωση, υπάρχουν και τα μακροχρόνια συμπτώματα τα οποία είναι δυσκολία στον ύπνο, ανορεξία, απώλεια βάρους, υποσιτισμός και πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι χρήστες αμφεταμινών συνειδητοποιώντας την ελάττωση της ευεργετικών επιδράσεων της ενίσχυσης της εργασιακής απόδοσης από τη χρήση αμφεταμινών και την εμφάνιση των συμπτωμάτων κατάχρησης, συχνά καταφεύγουν στη λήψη άλλων ουσιών (όπως οινόπνευμα, ηρεμιστικά) για να ισορροπήσουν τις ανεπιθύμητες επιδράσεις.

Συχνά παρατηρείται το μοτίβο «χρησιμοποιώ και σταματώ» σε εργαζόμενους ανάλογα με τη συχνότητα και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων από τη χρήση των αμφεταμινών. Συνήθως τα περισσότερα συμπτώματα υποχωρούν μετά από 2-4 εβδομάδες μετά τη διακοπή της λήψης των ουσιών, με τις 1-4 πρώτες ημέρες να είναι οι δυσκολότερες. Σε εργαζόμενους που βρίσκονται στη φάση αυτή, η πιθανότητα ατυχήματος, κακών χειρισμών και λάθους είναι ιδιαίτερα αυξημένη και ο εργοδότης καλείται να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο αυτό.

Με βάση τη νομοθεσία, η μη ιατρική χρήση αμφεταμινών κατά την εργασία απαγορεύεται, λόγω των ιδιοτήτων που περιγράφηκαν παραπάνω, αλλά και λόγω του πρόσθετου κινδύνου που προκύπτει από τις μεταβαλλόμενες ιδιότητες καθαρότητας και περιεκτικότητας κατά την παράνομη διαδικασία παρασκευής των ουσιών.

## ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ

Οι τρόποι χρήσης των αμφεταμινών είναι από του στόματος, δι' εισπνοής από τη μύτη, δια καπνίσματος αφού αναμιχθεί με καπνό ή σε ενέσιμη μορφή αφού διαλυθεί σε νερό. Η δράση της στην ενέσιμη μορφή είναι ταχύτερη, όταν εισπνευσθεί ή όταν εισέλθει στον οργανισμό από το στόμα η δράση της ξεκινά εντός 10-40 λεπτών. Κάθε δόση αμφεταμίνης δρα από 3 έως 6 ώρες. Ανιχνεύεται

στα ούρα έως και 4 ημέρες μετά από τη χρήση και σε υπερβολικές δόσεις μπορεί να είναι θανατηφόρος.

Μερικά από τα εμπορικά ονόματα των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων της αμφεταμίνης είναι *Aderall*, *Dexedrine* (δεξτροαμφεταμίνη), *Vyvanse* (λίσδεξαμφεταμίνη) και *Desoxyn* (μεθαμφεταμίνη). Οι παράνομες μορφές της αμφεταμίνης έχουν ονόματα όπως *bennies*, *blackbeauties*, *crank*, *ice*, *speed*. Η μορφή που λέγεται *ice* είναι το όνομα της κρυσταλλικής υδροχλωρικής μεθαμφεταμίνης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καπνίσματος αμφεταμίνης. Με βάση το λεξιλόγιο της ελληνικής «αγοράς» οι ουσίες αυτές αναφέρονται ως κουκλίτσες ή σπιντάκια.

Η χρήση των αμφεταμινών διέπεται από αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο. Υπάρχουν οι νόμιμες χρήσεις της αμφεταμίνης σε άτομα με διάγνωση ΔΕΠΥ (όπως το φάρμακο *Aderall*, το οποίο συνταγογραφείται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της διαταραχής, π.χ. η δυσκολία προσοχής και η υπερδιέγερση). Η αμφεταμίνη χρησιμοποιείται επίσης για την αντιμετώπιση της ναρκοληψίας, συμβάλλοντας στον έλεγχο της έντονης υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Συχνά η αμφεταμίνη χρησιμοποιείται από αθλητές για την τόνωση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας, την αύξηση της αντοχής και της εγρήγορσης τους κατά την εκτέλεση του αθλήματος τους.

Οι αμφεταμίνες χρησιμοποιούνται συχνά ως αφροδισιακό και ως μέσο τόνωσης της ευφορίας των ατόμων κατά τη διάρκεια διασκέδασης (recreational use). Επιπλέον χρησιμοποιούνται για να ενισχύσουν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα, κυρίως κατά την πνευματική εργασία, αυξάνοντας την προσήλωση και την παραγωγικότητα για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Rasmussen, 2015).

Αρκετά μεγάλο είναι το μερίδιο των αμφεταμινών στην παράνομη αγορά ναρκωτικών όπου χρησιμοποιούνται για να ενισχύσουν τη διάθεση και να αυξήσουν τα επίπεδα ενέργειας σε ολονύκτια διασκέδαση ή σε μεγάλες συγκεντρώσεις.

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ

### **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μια διαταραχή νευροψυχιατρικής αιτιολογίας όπου παρατηρείται εμφάνιση προβλημάτων όπως η μειωμένη ικανότητα προσοχής, η απουσία αναστολών, η υπερβολική δραστηριότητα και κινητικότητα.

Η ΔΕΠΥ εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και τα συμπτώματά της σταδιακά μειώνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και την ενηλικίωση. Φαίνεται όμως ότι στο 50% των περιπτώσεων η διαταραχή παραμένει ακόμη και μετά την ενηλικίωση (Castellsetal, 2018).

Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει το εύρημα αρκετών προοπτικών μελετών ότι τα 2/3 των ενήλικων ατόμων με ΔΕΠΥ δεν είχαν τη διαταραχή αυτή κατά την παιδική τους ηλικία (Moffittetl, 2015). Στην ενήλικη ζωή τα άτομα με ΔΕΠΥ εμφανίζουν δυσκολία προσαρμογής στο κοινωνικό περιβάλλον, έχουν μειωμένη ικανότητα προσοχής, δυσκολεύονται να ακολουθήσουν οδηγίες, κάνουν συχνά νευρικές κινήσεις, φλυαρούν και φωνάζουν, γεγονός που συχνά επηρεάζει την ικανότητά τους για εργασία. Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ στα ενήλικα άτομα παγκοσμίως φαίνεται να ανέρχεται στο 2.58% και των ενήλικων που εμφανίζουν συμπτώματα υπολογίζεται σε 6.76% (Simonetal, 2009). Συγκεκριμένα η συχνότητα ατόμων με τη μορφή του υπερδραστήριου ατόμου είναι μεταξύ 1.4-7.8% και των ατόμων με έλλειψη προσοχής 2.1 - 2.7%. Τα ποσοστά αυτά μεταφράζονται σε 140 περίπου εκατομμύρια ατόμων με διάγνωση ΔΕΠΥ παγκοσμίως και 366 εκατομμύρια περίπου ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα για το έτος 2020 (Songetal, 2021). Η ΔΕΠΥ στα ενήλικα άτομα δεν αποτελεί συχνά αντικείμενο έρευνας και σε αυτό συντελεί αρκετά η έλλειψη κοινώς καθορισμένων, αποδεκτών και έγκυρων διαγνωστικών κριτηρίων. Ενδιαφέρον είναι ότι το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της *Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας* (American Psychiatric Association), το οποίο χρησιμοποιείται ευρύτατα και στην Ευρώπη για τη διάγνωση ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή, θέτει ως προϋπόθεση αναγνώρισής της να έχει αυτή διαγνωσθεί πρώτα στην παιδική ηλικία (Kooijetal, 2010). Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι η έλλειψη ικανότητας συγκέντρωσης, η υπερδραστηριότητα και ο έντονος αυθορμητισμός. Τα άτομα με ΔΕΠΥ δεν μπορούν εύκολα να συγκεντρωθούν σε δραστηριότητες, ξεχνούν συχνά και δυσκολεύονται να εργασθούν σε συνθήκες ησυχίας. Στους ενήλικες τα συμπτώματα αυτά είναι ηπιότερα και εκφράζονται κυρίως ως ανησυχία και πολυλογία. Εμφανίζονται επιπλέον στοιχεία όπως ευερεθιστότητα, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις και δυσκολία ανάκλησης οδηγιών, χαρακτηριστικά τα οποία συχνά οδηγούν σε δυσκολία χειρισμού σύνθετων ενεργειών στην εργασία (Kooijetal, 2009). Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως άγχος, αλλαγές διάθεσης, αντικοινωνικής συμπεριφοράς και κατάχρησης ουσιών. Ο κίνδυνος κατάχρησης ουσιών στα ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ φαίνεται να είναι διπλάσιος σε σχέση με τον κίνδυνο στο γενικό πληθυσμό, γεγονός που συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο προβλημάτων στην οικογένεια και στην εργασία (Biedermannetal, 2006). Στη θεραπεία της ΔΕΠΥ χρησιμοποιείται η αμφεταμίνη, που λόγω της δομικής της συνάφειας με τις κατεχολαμίνες, αυξάνει τα επίπεδα ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης, δημιουργώντας ψυχοδιεγερτικές επιδράσεις. Η χρήση της αμφεταμίνης στη θεραπεία των ενήλικων με ΔΕΠΥ έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια σε διάφορες μορφές, όπως δεξαμφεταμίνη ή άλατα αμφεταμίνης σε διάφορες δοσολογίες ανάλογα με το παράγωγο που χρησιμοποιείται (Markowitzetal, 2017).

Στην αγορά κυκλοφορούν πολλά φαρμακευτικά προϊόντα που περιέχουν αμφεταμίνη και αρκετές κλινικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να μετρήσουν την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία της ΔΕΠΥ ενηλίκων. Ομοίως έχει αυξηθεί η συχνότητα συνταγογράφησης αμφεταμινών σε ενήλικες με ΔΕΠΥ τα τελευταία χρόνια (Saferetal, 2016). Η αποτελεσματικότητα της αμφεταμίνης στον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ φαίνεται να υπερέχει αυτής άλλων φαρμάκων με διεγερτική δράση, αλλά συχνά ο βαθμός αποτελεσματικότητας συνδέεται με την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας (Cunilletal, 2015). Η χρήση αμφεταμινών για θεραπεία της ΔΕΠΥ έχει συνδεθεί με θανάτους ατόμων στον Καναδά, γεγονός που οδήγησε στην απόσυρση των αμφεταμινών από την αγορά της χώρας για ένα χρονικό διάστημα. Επιπλέον η χρήση αμφεταμίνης μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό και εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης.

Πέραν της χρήσης των αμφεταμινών στη θεραπεία της ΔΕΠΥ, έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ναρκοληψίας, της παχυσαρκίας και στην απεξάρτηση από τη χρήση κοκαΐνης (Castellsetal, 2016).

### ***Ναρκοληψία***

Η ναρκοληψία είναι μια διαταραχή του ύπνου η οποία συνδέεται με ανεξέλεγκτη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, καταπληξία, υπνική παράλυση και υπνοπομπικές ή υπναγωγικές παραισθήσεις. Η αμφεταμίνη χρησιμοποιήθηκε στην κλινική διαχείριση των συμπτωμάτων της *υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας* (excessive daytime sleepiness - EDS) εδώ και πάρα πολλά χρόνια, λόγω της νευροδιεγερτικής δράσης της (Turner, 2019).

Παρά το γεγονός αυτό, δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία από μελέτες σχετικά με τα ποσοστά εθισμού των ασθενών που πάσχουν από ναρκοληψία στις αμφεταμίνες, έτσι ώστε να διαμορφωθεί ένα συγκεκριμένο πλαίσιο χρήσης. Συχνά παρατηρείται η χορήγηση μικρών δόσεων αμφεταμινών, οι οποίες είναι ανεπαρκείς στη διαχείριση των συμπτωμάτων και με τον τρόπο αυτόν παρατείνεται η διάρκεια χρήσης τους, με παράλληλη αύξηση της δοσολογίας, καταλήγοντας συχνά σε εθισμό και στην εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης όταν διακοπεί η χρήση τους.

Η επίδραση του φαρμάκου διαρκεί συνήθως 4-6 ώρες με συνέπεια να λαμβάνονται 2 ή και 3 ακόμη δόσεις από τους ασθενείς ημερησίως, οδηγώντας έτσι, πολύ συχνά, σε ενεπιθύμητες ενέργειες, όπως ανορεξία, ναυτία, ταχυκαρδία και αϋπνία λόγω υπεροδοσολογίας (Bassettietal, 2015).

### ***Παχυσαρκία***

Η χρήση αμφεταμίνης συνδέεται με την απώλεια όρεξης και με την ιδιότητα της αυτή χορηγείται σε παχύσαρκα άτομα με στόχο την απώλεια βάρους. Η παρατήρηση αυτή έγινε ήδη από το 1937 όταν σε χορήγηση αμφεταμίνης για τη

θεραπεία της ΔΕΠΥ έγινε εμφανής η απώλεια βάρους (Harrisetal, 1947). Ο μηχανισμός δράσης της αμφεταμίνης στην απώλεια βάρους δεν έχει προσδιορισθεί επακριβώς, φαίνεται όμως να συνδέεται με την αυξημένη ενεργειακή κατανάλωση και με την αύξηση του μεταβολικού ρυθμού που προκαλεί. Ομοίως δεν είναι ξεκάθαρο το όφελος στην απώλεια βάρους ανάλογα με το φύλο, καθώς φαίνεται από μελέτες ότι τα θήλεα άτομα έχουν εντονότερη αντίδραση στην αμφεταμίνη με εντονότερα συμπτώματα στέρησης μετά τη διακοπή της σε σχέση με τα άρρενα άτομα (Westetal, 2019).

Η χορήγηση αμφεταμινών με στόχο την απώλεια βάρους σύντομα συνδέθηκε με ανεπιθύμητες επιδράσεις όπως αϋπνία, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ζάλη και πονοκεφάλους, γεγονός που οδήγησε στη διακοπή της χρήσης τους για το σκοπό αυτόν κατά τη δεκαετία του 1970 και στην αντικατάστασή τους από άλλες παρεμβάσεις. Παράλληλα, η σε βάθος μελέτη της παχυσαρκίας οδήγησε σε καλύτερη περιγραφή της αιτιολογίας της, όπως η περιγραφή του ρόλου της λεπτίνης, γεγονός που οδήγησε σε αναθεώρηση του πρωτοκόλλου αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και με άλλες μεθόδους πέραν αυτής της χορήγησης φαρμακευτικώνσκευασμάτων. Η παχυσαρκία χαρακτηρίστηκε ως νόσος από το έτος 1985 και το 2013 αναγνωρίστηκε επίσημα ως χρόνιο νόσημα από τον *Αμερικανικό Ιατρικό Σύλλογο* (Coulteretal, 2018).

## **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**

Με βάση στοιχεία του *Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας* (EMCDDA) για το 2022, η χρήση της αμφεταμίνης και της μεθαμφεταμίνης (γνωστής και με το όνομα METH) παραμένει αρκετά διαδεδομένη. Η μεθαμφεταμίνη είναι συνθετικό ναρκωτικό στην παρασκευή του οποίου χρησιμοποιείται εφεδρίνη και ψευτοεφεδρίνη και γίνεται συνήθως σε παράνομα εργαστήρια χωρίς την τήρηση διαδικασιών ασφαλείας.

Η διάκριση στη διακίνηση των δύο ουσιών είναι αρκετά δύσκολη, φαίνεται όμως ότι στην Ευρώπη παράγονται σημαντικά μεγάλες ποσότητες και των δύο ουσιών, τόσο για κατανάλωση εντός της ΕΕ, όσο και για εξαγωγή σε χώρες της Μέσης Ανατολής, της Άπω Ανατολής και στην Αυστραλία. Ως χώρες παρασκευής αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης αναφέρονται το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Πολωνία και οι χώρες της Βαλτικής. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να έχει αυξηθεί σε πολλά κράτη - μέλη της ΕΕ η εγχώρια μετατροπή σε θειική αμφεταμίνη του ελαίου βάσης για κατανάλωση εντός της χώρας (EMCDDA, 2022).

Η χρήση διεγερτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της πρόσφατης πανδημίας COVID-19 φαίνεται να μειώθηκε ελαφρά, αλλά η παραγωγή παραμένει σταθερή, με ήπια αυξητικές τάσεις, κυρίως στις χώρες της Κεντρικής, αλλά και της Ανατολικής Ευρώπης (EMCDDA and Europol, 2020).

Με βάση στοιχεία του EMCDDA από τις κατασχέσεις διεγερτικών ουσιών φαίνεται ότι υπάρχει ευρεία κυκλοφορία αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης (21.2 τόνοι για το έτος 2021, 15.4 τόνοι για το έτος 2019) εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς να είναι εύκολος ο διαχωρισμός των ποσοτήτων ανά ουσία, καθώς τα στοιχεία που καταγράφονται είναι κοινά.

Με βάση τα στοιχεία του EMCDDA για το 2022 στην ηλικιακή ομάδα 15-64 ετών, για 2 εκατομμύρια άτομα (0.7%) αναφέρεται χρήση αμφεταμίνης εντός του τελευταίου έτους και για 8.9 εκατομμύρια άτομα (3.1%) αναφέρεται ότι την έχουν χρησιμοποιήσει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην ομάδα 15-34 ετών, 1.4 εκατομμύρια άτομα αναφέρουν χρήση εντός του τελευταίου έτους (EMCDDA, 2022).

Μεταξύ των 46 πόλεων για τις οποίες υπάρχουν δεδομένα για περιεκτικότητα αμφεταμίνης στα αστικά λύματα, για 23 πόλεις αναφέρεται αύξηση της περιεκτικότητας για τα έτη 2020 και 2021, 14 πόλεις αναφέρουν σταθερές τιμές και σε 9 πόλεις οι τιμές είναι μειωμένες.

Σχετικά με την περιεκτικότητα μεθαμφεταμίνης, τα στοιχεία δείχνουν 26 πόλεις με αυξημένα ποσοστά ανίχνευσης στα αστικά λύματα για τα έτη 202 και 2021, 9 πόλεις με σταθερά ποσοστά και 22 πόλεις με μειωμένα ποσοστά σε σύνολο 57 πόλεων που διαθέτουν στοιχεία. Στις πόλεις αυτές δεν περιλαμβάνεται κάποια ελληνική πόλη (EMCDDA, 2023).

#### *ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ*

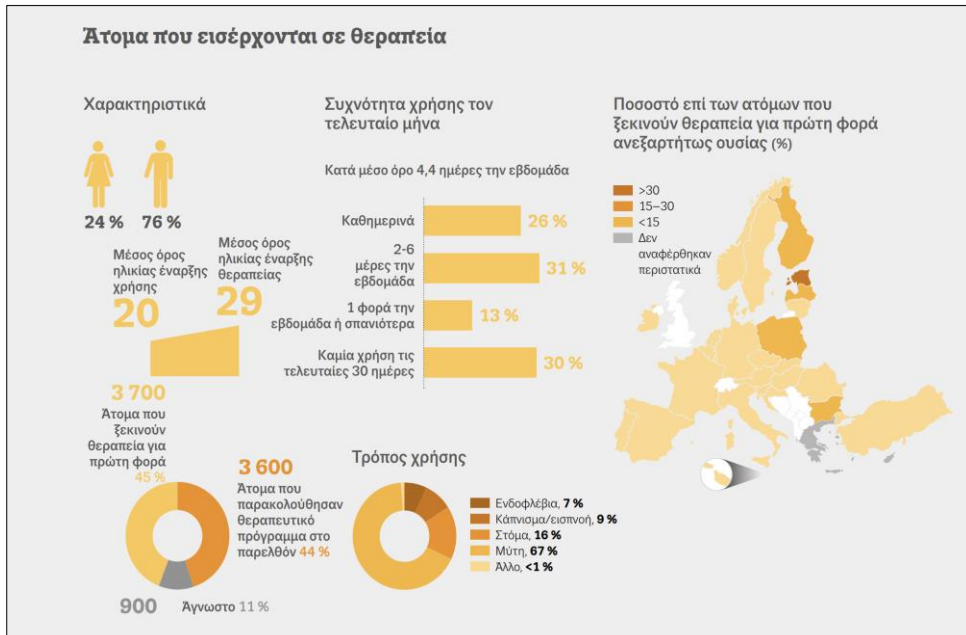
Για το έτος 2020 τα στοιχεία του EMCDDA δηλώνουν ότι 8.000 άτομα που έκαναν εισαγωγή σε ειδικά κέντρα αποτοξίνωσης στην Ευρώπη χρησιμοποιούσαν κυρίως αμφεταμίνες.

Για χώρες όπως η Βουλγαρία, η Γερμανία, η Εσθονία, η Πολωνία, η Τσεχία και η Φινλανδία υπολογίζεται ότι 15% των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία αποτοξίνωσης για πρώτη φορά το έτος 2020, χρησιμοποιούσαν αμφεταμίνη ή μεθαμφεταμίνη. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι αρκετά συνηθισμένος τρόπος χορήγησης της αμφεταμίνης είναι η ενέσιμη μορφή, ενώ άλλοι τρόποι που αναφέρονται είναι η χρήση από τη μύτη και η χρήση δισκίων (Εικόνα 1).

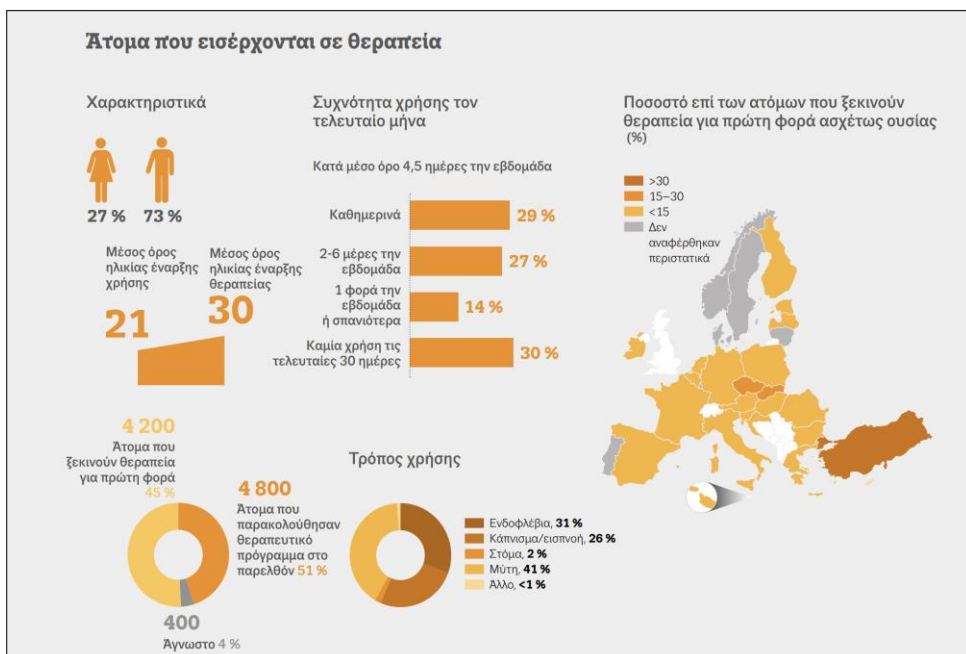
Η αμφεταμίνη αναφέρεται ως η τέταρτη συχνότερη αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας στα *Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών* (ΤΕΠ) των νοσοκομείων από χρήση ναρκωτικών ουσιών. Στις ίδιες καταγραφές η μεθαμφεταμίνη αναφέρεται ως η ενδέκατη συνηθέστερη ουσία που αντιστοιχεί στο 2% των περιστατικών οξείας τοξίκωσης (EMCDDA, 2022).

Για τη μεταμφεταμίνη τρόποι χρήσης αναφέρονται η χρήση από τη μύτη, η ενέσιμη μορφή, το κάπνισμα και η εισπνοή (Εικόνα 2) και η μέση ηλικία έναρξης χρήσης είναι τα 21 έτη με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες (73%) σε σχέση με τις γυναίκες.





Εικόνα 1. Χαρακτηριστικά και συχνότητα ατόμων που εισέρχονται σε θεραπεία αναφέροντας χρήση αμφεταμίνης στην ΕΕ για το 2020. [Πηγή: EMCDDA, 2022].



Εικόνα 2. Χαρακτηριστικά και συχνότητα ατόμων που εισέρχονται σε θεραπεία αναφέροντας χρήση μεθαμφεταμίνης στην ΕΕ για το 2020. [Πηγή: EMCDDA, 2022].

Καθώς η αμφεταμίνη διεγείρει το *Κεντρικό Νευρικό Σύστημα* (ΚΝΣ), μπορεί να δημιουργήσει ταχυκαρδία, υπέρταση σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα ενέργειας, αυτοπεποίθησης και κοινωνικότητας με τα οποία έχει συνδεθεί. Καταστέλλει τα αισθήματα πείνας, κόπωσης και ύπνου με δράση εντός 30 λεπτών από τη λήψη της. Η διάρκεια των δράσης της ανέρχεται σε αρκετές ώρες μετά την πάροδο των οποίων ο χρήστης αισθάνεται ευερεθιστότητα, άγχος, κατάθλιψη και υπνηλία (EMCDDA and Europol, 2020).

Η οξεία τοξίκωση από τη χρήση της αμφεταμίνης συνδέεται με την εκδήλωση καρδιαγγειακών και συμπεριφορικών, ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως σύγχυση, βίαιη συμπεριφορά, ψύχωση και αυτοκαταστροφικές τάσεις.

Η χρόνια χρήση της αμφεταμίνης συνδέεται με νευροανατομικές και νευροχημικές αλλαγές, οι οποίες συνδέονται με εξάντληση, διαταραχές ύπνου και σημαντική απώλεια σωματικού βάρους. Η εξάρτηση από τη συγκεκριμένη ουσία συνδέεται κυρίως με απώλεια μνήμης, δυσκολία σκέψης και έκφρασης λόγου όταν υπάρχει στέρηση (Stockingsetal, 2019).

Χρήση αμφεταμίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με κίνδυνο πρόωρου τοκετού, γέννησης λιποβαρούς νεογνού, ενώ αναφέρεται αυξημένος κίνδυνο διάγνωσης ελλειμματικής προσοχής και μαθησιακές δυσκολίες στο νεογνό (Erikssonetal, 2020).

Η χρήση αμφεταμίνης σε ενέσιμη μορφή αυξάνει τον κίνδυνο αιματογενούς μετάδοσης του ιού HIV και της ηπατίτιδας Β, όπως συμβαίνει και με άλλες ενέσιμες εξαρτησιογόνες ουσίες (π.χ. ηρωίνη).

Από τις χώρες όπου υπάρχουν στοιχεία, φαίνεται ότι η ενέσιμη χρήση αμφεταμίνης είναι συχνότερη κυρίως στις βόρειες χώρες της Ευρώπης, όπως η Σουηδία, η Φινλανδία, η Πολωνία, η Νορβηγία και η Εσθονία. Πρόσφατες μελέτες σε δείγματα από χρησιμοποιημένες σύριγγες σε διάφορες πόλεις της Ευρώπης κατέγραψαν αύξηση της χρήσης αμφεταμίνης. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στο Όσλο της Νορβηγίας ανιχνεύθηκε αμφεταμίνη σε χρησιμοποιημένες σύριγγες σε ποσοστό 65% το έτος 2020 και 53% το 2022 σε σχέση με 41% το έτος 2019. Στο Ταλίν της Εσθονίας ανιχνεύθηκε αμφεταμίνη σε ποσοστό 80% το 2022 σε σχέση με 65% το 2021 και στη Ρίγα της Λετονίας 47% το 2022 σε σχέση με λιγότερο από 20% το 2021 (EMCDDA, 2023).

Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν τεκμηριώσει ότι η χορήγηση αμφεταμίνης συνδέεται με αυξημένη αντοχή στη σωματική καταπόνηση. Παράλληλα συνδέεται με αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, καθώς επίσης και μειωμένη ικανότητα απαγωγής θερμότητας. Καθώς η θερμοκρασία του σώματος αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα της διάρκειας της αντοχής στη σωματική καταπόνηση, είναι πιθανό ότι τα οφέλη στην αυξημένη παραγωγικότητα του ατόμου να είναι εμφανέστερα σε κρύα περιβάλλοντα και να περιορίζονται σε χώρους όπου η θερμοκρασία είναι υψηλή. Η εκτίμηση της αντοχής των αθλητών μετά τη χρήση αμφεταμίνης σε ζεστά περιβάλλοντα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς (Zaretsky et al, 2014).

## *ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗΣ*

Οι αμφεταμίνες και η μεθαμφεταμίνη (συνθετικό προϊόν) ανήκουν στην κατηγορία των ψυχοδραστικών φαρμάκων. Πρόκειται για διεγερτικά φάρμακα, τα οποία επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα επηρεάζοντας τις ψυχικές και τις κινητικές λειτουργίες του ατόμου.

Οι αμφεταμίνες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ναρκοληψίας, της διαταραχής της προσοχής και της υπερκινητικότητας στα παιδιά και στους ενήλικες και ως φάρμακα κατά του κρυολογήματος, των αυξημένων θερμοκρασιών και ως μέσα απώλειας βάρους.

Η λήψη αμφεταμινών οδηγεί σε διέγερση του μυοσκελετικού, σε αίσθημα ευφορίας, ενθουσιασμό, μείωση της όρεξης, αλλά και σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης και σε αναστολή της γαστρεντερικής κινητικότητας. Όταν γίνεται κατάχρηση των αμφεταμινών, παρατηρείται υπερδιέγερση του οργανισμού με ταυτόχρονο περιορισμό της αίσθησης κόπωσης και της πείνας, καθώς και ανησυχία, ευερεθιστότητα, επιθετική συμπεριφορά κ.ά.

Η κατάχρηση των αμφεταμινών συνδέεται με σωματικές αντιδράσεις, όπως ταχυκαρδία, ξηροστομία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, πυρετός, δυσκοιλιότητα, ζάλη, πονοκέφαλος, θολή όραση, αϋπνία, ζάλη και μυϊκή δυσκαμψία. Παράλληλα υπάρχουν και ψυχικές αντιδράσεις, όπως είναι η απώλεια φραγμών, η έντονη διάθεση, η ευφορία, αυξημένη ομιλητικότητα, αδιαφορία για τον περίγυρο, αυξημένη επιθετικότητα, μειωμένη όρεξη, σύγχυση και φοβίες.

Μετά τη λήψη οι αμφεταμίνες ανιχνεύονται στα ούρα με τυπικά τεστ ναρκωτικών 24 έως 72 ώρες μετά τη χρήση. Οι μεθαμφεταμίνες παραμένουν στο σώμα κάπως περισσότερο, 24 έως 96 ώρες. Η παρατεταμένη λήψη αμφεταμίνης μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό του ατόμου και έλλειψη βιταμινών, σε δερματικές διαταραχές, εμφάνιση ελκών, αϋπνία, απώλεια βάρους, κατάθλιψη.

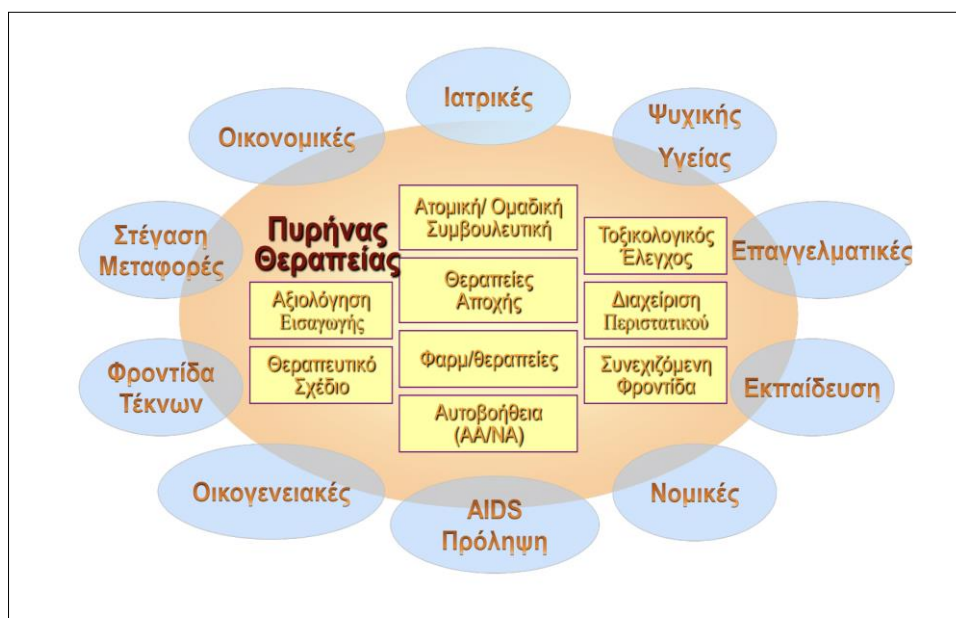
Η μακροχρόνια χρήση αμφεταμινών οδηγεί σε σωματική και ψυχική εξάρτηση, η οποία οδηγεί το άτομο στη λήψη αυξημένων ποσοτήτων προκειμένου να μπορεί να έχει μια φυσιολογική λειτουργία στην καθημερινότητά του. Η πρόσληψη αυξημένων ποσοτήτων αμφεταμίνης (και μεθαμφεταμίνης) μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση ψύχωσης από αμφεταμίνη, διαταραχής όμοιας με την παρανοϊκή σχιζοφρένεια, η οποία εκδηλώνεται με παραισθήσεις, παράνοια και ψευδαισθήσεις.

## *ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ*

Η θεραπεία από την εξάρτηση στις αμφεταμίνες ξεκινά με τη διάγνωση του βαθμού εξάρτησης βάσει των συμπτωμάτων και των σχετικών εργαστηριακών εξετάσεων. Συνήθως απαιτείται εξέταση ούρων, εξετάσεις για την ηπατίτιδα Β και C, για λοίμωξη HIV και καρδιολογικός έλεγχος.

Η θεραπεία σχετίζεται με το βαθμό επιθυμίας για την ουσία, την παρουσία ψυχικών συμπτωμάτων όπως η κατάθλιψη και οι παρανοϊκές διαταραχές και σωματικών συμπτωμάτων όπως η αϋπνία και η απώλεια όρεξης. Ως θεραπευτικές προσεγγίσεις προτείνονται η φαρμακοθεραπεία για τη σταθεροποίηση του εξαρτημένου ατόμου αλλά και η ψυχοθεραπεία (ατομική ή σε ομάδες) η οποία προσφέρει διεξόδους σε δραστηριότητες που οδηγούν στην ανάληψη του ελέγχου του εαυτού. Η διάρκεια της θεραπείας διαμορφώνεται ανάλογα με την απόκριση και το βαθμό συμμόρφωσης του κάθε ατόμου, αλλά διαρκεί συνήθως για μεγάλα χρονικά διαστήματα και η επιτυχία της θεραπείας απαιτεί συνεργασία του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος του ατόμου.

Συνολικά το πλαίσιο θεραπείας της εξάρτησης από τις αμφεταμίνες εντάσσεται στη γενική στρατηγική αντιμετώπιση των εξαρτήσεων από ουσίες και οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιγράφονται στην Εικόνα 3.



Εικόνα 3. Πυρήνας θεραπευτικών δράσεων για απεξάρτηση από ουσίες. [Πηγή: ΟΚΑΝΑ, 2009, προσαρμοσμένο].

## **ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ**

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε στις βάσεις δεδομένων *Pubmed* και *Scopus* με κριτήριο τη δημοσίευση στην αγγλική γλώσσα και την πρόσβαση στο πλήρες κείμενο της εργασίας. Αναζητήθηκαν μελέτες δημοσιευμένες από το έτος 2000 και

μετά, αλλά στην πορεία συμπεριελήφθησαν και ορισμένες παλαιότερα δημοσιευμένες εργασίες, είτε για ιστορικούς λόγους, είτε λόγω της έλλειψης μελετών σε μεταγενέστερο χρόνο για κάποια θέματα. Χρησιμοποιήθηκαν συνδυασμοί διαφόρων λέξεων - κλειδιών, όπως *amphetamines, amphetamineuse, work performance enhancement drugs, adverse effects, stimulant drugs, occupational groups, occupational health and safety risks, medical students, college students, athletes, healthcare workers, truck drivers, amphetamine use regulation, non-medical amphetamine use, amphetamine use disorders*.

Μετά την αρχική αναζήτηση έγινε κατηγοριοποίηση των πηγών που βρέθηκαν σε ενότητες. Έγινε αρχικός έλεγχος με βάση τον τίτλο, την περίληψη και το έτος δημοσίευσης. Αναζητήθηκαν τα πλήρη κείμενα των πηγών και αποκλείστηκαν οι πηγές, όπου το πλήρες κείμενο δεν ήταν διαθέσιμο ή όπου το πλήρες κείμενο δεν αναφερόταν σε ερευνητική μελέτη. Αποκλείστηκαν όσες πηγές δεν είχαν άμεση αναφορά στις αμφεταμίνες και στα φάρμακα βελτίωσης εργασιακών επιδόσεων, όσες αναφέρονταν γενικά στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή στόχευαν μόνο στις ενέσιμες μορφές (π.χ. ηρωίνη) ή δεν έκαναν αναφορά στη χρήση αμφεταμινών στο εργασιακό περιβάλλον.

#### *ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΚΑΙ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ*

Η διαμόρφωση ενός ανταγωνιστικού περιβάλλοντος στην εργασία, η επισφαλής εργασία και ο φόβος ανεργίας οδηγεί συχνά σε καταστάσεις όπου οι εργαζόμενοι καλούνται να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις, οι οποίες υπερβαίνουν κατά πολύ τις δυνατότητές τους. Ακόμη και σήμερα υφίσταται μειωμένη πρόσβαση των γυναικών στην αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα ομάδες γυναικών σε διάφορους εργασιακούς χώρους να πιστεύουν ότι πρέπει να εργασθούν σημαντικά πολύ περισσότερο από τους άνδρες συναδέλφους τους για να παραμείνουν στη θέση τους. Κατά συνέπεια πολλοί εργαζόμενοι μπαίνουν στη διαδικασία της λήψης *φαρμάκων αύξησης εργασιακών επιδόσεων* (*work performance enhancement drugs*), όπως οι αμφεταμίνες προκειμένου να αυξήσουν την αντοχή τους, να επιμηκύνουν τη διάρκεια της πνευματικής τους διέγερσης και να εντείνουν την ικανότητα σκέψης και μνήμης. Ανάλυση συνταγών για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ στις ΗΠΑ για το διάστημα 2008-2013 έδειξε ότι υπήρξε αύξηση στη συνταγογράφηση των αμφεταμινών κατά 36% στους ενήλικες και 18% στους νέους σε σχέση με παλαιότερα. Παρομοίως, αντίστοιχες ειδημιολογικές μελέτες στη Γερμανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο τεκμηρίωσαν σημαντική αύξηση στη συνταγογράφηση των αμφεταμινών για θεραπεία ΔΕΠΥ σε εφήβους και σε ενήλικες κατά την τελευταία δεκαετία (Renouxetal, 2016, Fairmanetal, 2020, Grimmsmann and Himmel, 2021). Η χρήση των αμφεταμινών για μη ιατρικούς λόγους όπως για την ενίσχυση της γνωσιακής ικανότητας και αύξησης της απόδοσης στην εργασία φαίνεται ότι αυξάνεται σε κάποιες ομάδες εργαζομένων και στους φοιτητές. Ο μεγάλος

ανταγωνισμός και η πίεση για υψηλότερες εργασιακές αποδόσεις πιθανότατα ευθύνονται για την αύξηση αυτή. Οι αμφεταμίνες, όπως *Aderall*, *Dexamed*, *Attentin*, λόγω της ιδιότητάς τους να εντείνουν την ικανότητα συγκέντρωσης, να αυξάνουν την ικανότητα μνήμης και την ενεργειακή απόδοση συχνά χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό. Επιπλέον οι αμφεταμίνες φαίνεται ότι αυξάνουν την ικανότητα διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων μειώνοντας το αίσθημα άγχους και πίεσης.

Υπάρχουν και άλλες φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης όπως η μεθυφαινιδάτη, η μοδαφινίλη και η αρμοδαφινίλη, όπως *Ritalin*, *Rubifen*, *Provigil*, *Modasomil*.

Επί του παρόντος δεν προβλέπεται η συνταγογράφηση φαρμακευτικών ουσιών για την αύξηση της απόδοσης στην εργασία, συνεπώς η χρήση αμφεταμινών για το σκοπό αυτό δεν θεωρείται νόμιμη.

Για το λόγο αυτόν παρατηρείται το φαινόμενο συνταγογράφησης φαρμάκων που περιέχουν αμφεταμίνες για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ από υγιή άτομα με σκοπό να χρησιμοποιηθούν ως φάρμακα που ενισχύουν τη εργασιακή απόδοση. Άλλος τρόπος απόκτησης των αμφεταμινών είναι η αγορά τους μέσω διαδικτύου ή μέσω διακινητών.

#### ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ ΓΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ακριβής καταγραφή τη συχνότητας χρήσης των *φαρμάκων που αυξάνουν τις εργασιακές επιδόσεις* (performance-enhancement drugs) είναι εξαιρετικά δύσκολη κυρίως στο μερίδιο χρήσης που προκύπτει εκτός συνταγογράφησης. Φαίνεται όμως ότι η χρήση των φαρμάκων αύξησης εργασιακών επιδόσεων είναι ιδιαίτερα συχνή σε στρατιωτικούς (κυρίως η χορήγηση μοδαφινίλης), σε εργαζομένους στις μεταφορές (αμφεταμίνες), σε εργαζομένους σε βάρδιες, όπως στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, στον ευρύτερο υγειονομικό τομέα (αμφεταμίνες) και σε ομάδες εργαζομένων, οι οποίες βρίσκονται κάτω από μεγάλη πίεση για υψηλές αποδόσεις, όπως είναι: δικηγόροι, χρηματιστηριακοί πράκτορες, ακαδημαϊκοί, δικηγόροι, έμποροι, στελέχη επιχειρήσεων κ.ά. Υπάρχουν επίσης στοιχεία για τη χρήση *διεγερτικών φαρμάκων από φοιτητές* (study drugs) που χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση της μνήμης, της συγκέντρωσης και την αντοχή σε πολύωρα χρονικά διαστήματα μελέτης (EU-OSHA, 2022).

Η χρήση των φαρμάκων αύξησης εργασιακών επιδόσεων διεγείρει το *Κεντρικό Νευρικό Σύστημα* (ΚΝΣ) με αποτέλεσμα να αυξάνει την ικανότητα του ατόμου να αποδίδει περισσότερο και για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Η διάρκεια της επίδρασης των φαρμάκων αυτών εξαρτάται από τη δοσολογία και την περίοδο χρήσης σε συνδυασμό με τα διαφορετικά χαρακτηριστικά αντίδρασης του κάθε ατόμου.

Η εικόνα των επιπτώσεων της χρήσης των αμφεταμινών από υγιή άτομα χωρίς άλλες παθήσεις με στόχο την ενίσχυση της εργασιακής τους απόδοσης δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Φαίνεται όμως ότι υπάρχουν ανεπιθύμητες επιδράσεις είτε μετά από βραχυχρόνια είτε μακροχρόνια χρήση καθώς και φαινόμενα εθισμού. Στους κινδύνους αυτούς προστίθεται συχνά και ο κίνδυνος από τη χρήση μη εγκεκριμένων και εργαστηριακά μη ελεγμένων, μη ασφαλών σκευασμάτων τα οποία οι χρήστες προμηθεύονται μέσω διαδικτύου είτε μέσω διακινητών και τα οποία έχουν παραχθεί σε παράνομα εργαστήρια.

Γεγονός είναι ότι όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα χρήσης τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και η εμφάνιση εθισμού καθώς τα άτομα λαμβάνουν μεγαλύτερες δόσεις. Οι εργοδότες σε αρκετές περιπτώσεις διαπιστώνοντας αλλαγές στην συμπεριφορά των εργαζομένων τους υποβάλλουν εργαστηριακούς ελέγχους μια και οι ιδιότητες των αμφεταμινών επηρεάζουν τόσο της σωματική (όπως καρδιακά προβλήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση, έμφραγμα), όσο και την ψυχική / συναισθηματική (όπως αλλαγές διάθεσης, ευερεθιστότητα, θυμός, επιθετικότητα) υγεία των χρηστών. Οι αλλαγές αυτές σε πολλές περιπτώσεις θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια και των άλλων εργαζομένων, αλλά επηρεάζουν ταυτόχρονα την εύρυθμη λειτουργία του εργασιακού χώρου.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι ενώ η χρήση αμφεταμινών για αύξηση της απόδοσης στην εργασία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αντοχής και της παραγωγικότητας, μπορεί να επηρεάσει άλλες ικανότητες και να οδηγήσει σε υπερβολική αυτοπεποίθηση, στη λήψη αποφάσεων υψηλού ρίσκου, στη δυσκολία ομαδικής συνεργασίας και στη δυσκολία διατήρηση της ενότητας μεταξύ των εργαζομένων (EU-OSHA, 2015, 2022).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι παρά την έντονη σχετική φιλολογία, στην επιστημονική βιβλιογραφία δεν καταγράφεται χρήση αμφεταμινών από στελέχη επιχειρήσεων.

## **Φοιτητές**

Μελέτες σε φοιτητές πανεπιστημιακών σχολών στις ΗΠΑ έδειξαν ότι σε ποσοστό 2-8% λάμβαναν συνταγογραφούμενες αμφεταμίνες για τη θεραπεία διαγνωσμένης ΔΕΠΥ (Greenetal, 2012).

Οι φοιτητές δήλωσαν ότι λόγω δυσκολίας στην εκπλήρωση των πανεπιστημιακών τους υποχρεώσεων και καταφεύγουν σε αυξημένη χρήση των ουσιών αυτών για να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους, πολύ συχνά συνδυαστικά με χρήση καπνού και μαριχουάνας, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών από νεαρή ηλικία (Upadhyayaetal, 2008, Greenetal, 2012, Rooneyetal, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιθανό να υπήρχε διάγνωση ΔΕΠΥ κατά την παιδική ηλικία και είχαν διαπιστώσει τα θετικά οφέλη της θεραπείας στην εστίαση και για το λόγο αυτόν – έχοντας την εμπειρία της

χρήσης – επιλέγουν είτε τη συνέχιση χορήγησης, πιέζοντας και πείθοντας τους θεράποντες ιατρούς για συνταγογράφηση, είτε να αναζητούν τα φάρμακα μέσω διαδικτύου, παρότι έχουν αποθεραπευθεί.

Σε άλλη μελέτη όπου καταγράφηκε η μη ιατρική χρήση των διεγερτικών φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων των αμφεταμινών σε φοιτητές, φάνηκε ότι τα ποσοστά παράνομης χρήσης τους κυμαίνονταν μεταξύ 5.9% και 8.3% (Wilensetal, 2016). Σε διάρκεια τεσσάρων ετών μια άλλη μελέτη έδειξε ότι στα 2/3 των φοιτητών είχαν προσφερθεί τουλάχιστον μια φορά αμφεταμίνες για να ενισχύσουν την απόδοση τους στο Πανεπιστήμιο και 31% τις είχε χρησιμοποιήσει (Garnier - Dykstraetal, 2012). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι πολλοί από τους φοιτητές που είχαν χρησιμοποιήσει αμφεταμίνες είχαν διατελέσει *μέλη αδελφοτήτων* (fraternity or sorority affiliation) ενώ δεν φάνηκε διαφορά μεταξύ των 2 φύλων. Άλλη έρευνα (Teteretal, 2005) αναφέρει ότι πολλοί φοιτητές χρησιμοποιούν διεγερτικές ουσίες για να αυξήσουν την ικανότητα συγκέντρωσης (58%) και την εγρήγορση τους (43%), ενώ η χρήση των αμφεταμινών συνδέθηκε με την ενίσχυση της αντοχής για μελέτη (57%) και με τη βελτίωση της συγκέντρωσης (20%) σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεταγενέστερης έρευνας (Stone and Merlo, 2011).

### **Φοιτητές ιατρικών σχολών και ειδικευόμενοι ιατροί**

Η συχνότητα χρήσης διεγερτικών φαρμάκων και αμφεταμινών σε φοιτητές ιατρικής και σε ειδικευόμενους ιατρούς είναι αρκετά μεγάλη και οι ουσίες αυτές είναι δημοφιλείς, λόγω των ιδιοτήτων τους να αυξάνουν την προσοχή και την αντοχή στη μελέτη. Αναφέρεται ότι η πλειοψηφία των φοιτητών ιατρικής που αναφέρει χρήση διεγερτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, δηλώνει ότι αυτή ξεκίνησε από το πρώτο έτος σπουδών με σκοπό να τους βοηθήσει να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες εξετάσεις και να αντέχουν το εξαντλητικό ωρολόγιο πρόγραμμα σπουδών (Fondetal, 2016).

Συζητείται η άποψη ότι οι φοιτητές ιατρικής που καταφεύγουν στη χρήση διεγερτικών κατά τη διάρκεια των σπουδών τους για να βελτιώσουν τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις είναι αδύνατοι φοιτητές οι οποίοι τα χρησιμοποιούν για να καταφέρουν να επιβιώσουν στο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Σε άλλη μελέτη (Arriaetal, 2017) φάνηκε ότι *δεν υπήρχε διαφορά στις επιδόσεις μεταξύ χρηστών αμφεταμινών και μη χρηστών* (Grade Point Average - GPA), ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι η χρήση των αμφεταμινών συνδέεται με αυξημένη κόπωση και κακή ποιότητα ύπνου, συμπτώματα τα οποία οδηγούν σε αυξημένη δοσολογία και παρατεταμένη χρήση τους (Patricketal, 2018). Η χρήση των αμφεταμινών (Aderall) είναι ιδιαίτερα αυξημένη μεταξύ των φοιτητών ιατρικής και των ειδικευομένων κυρίως λόγω της ευκολίας να τα προμηθευτούν, αλλά φαίνεται ότι οι χρήστες σε μεγάλο βαθμό αγνοούν τον ακριβή μηχανισμό δράσης τους, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις πιθανές διαταραχές που μπορεί να προκαλέσουν. Οι αρνητικές



συνέπειες της χρήση των αμφεταμινών σε φοιτητές για την αύξηση της απόδοσης συνδέεται με απώλεια βάρους και όρεξης, αϋπνία, αυξημένη αρτηριακή πίεση και ταχυκαρδία (Plumberetal, 2021).

Μελέτη σε φοιτητές Ιατρικής στο Πουέρτο Ρίκο (Acostaetal, 2019) έδειξε το 47.4% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσε αμφεταμίνες για τη θεραπεία ΔΕΠΥ, εκ των οποίων το 89.4% λάμβανε την ουσία χωρίς ιατρική συνταγή κυρίως για να ανταποκριθεί στις ακαδημαϊκές απαιτήσεις σε συνδυασμό με κατανάλωση καφεΐνης, χρήση καπνού, κατανάλωση ενεργειακών ποτών και οινόπνεύματος.

Σε άλλη μελέτη, το 11% των ειδικευόμενων ιατρών δήλωσε ότι έκανε χρήση αμφεταμινών κυρίως για την ενίσχυση της συγκέντρωσης ειδικά κατά τη διάρκεια προετοιμασίας για τις εξετάσεις ειδικότητας (59.2%). Η πλειοψηφία των χρηστών ήταν άνδρες, έμεναν σε φοιτητικές εστίες και είχαν ιστορικό κατάθλιψης (Fallahetal, 2018). Κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση των φοιτητών και των ειδικευόμενων ιατρών σχετικά με τη χρήση αμφεταμινών για την αύξηση της απόδοσης, καθώς και η θέσπιση συστημάτων ελέγχου και συμβουλευτικής για την αποφυγή της μη ιατρικής τους χρήσης.

## **Αθλητές**

Η χρήση των αμφεταμινών από αθλητές συνδέεται με αύξηση της απόδοσης και της αντοχής τους στην αθλητική τους δραστηριότητα.

Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ σε αθλητές φαίνεται να είναι αυξημένος σε ποσοστό 7-8% σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Hanetal, 2019) με συνέπεια το ποσοστό χρήσης αμφεταμινών να εμφανίζεται αυξημένο στην ομάδα αυτή. Ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Αντιντόπινγκ* (World Anti-Doping Association) απαγορεύει τη χρήση των ουσιών αυτών στις αθλητικές δραστηριότητες αλλά δεν περιγράφει συγκεκριμένα τις απαιτήσεις στη λήψη φαρμάκων ενίσχυσης επίδοσης για τη συμμετοχή αθλητών με διάγνωση ΔΕΠΥ (Berezanskayaetal, 2022).

Στοιχεία από μελέτες δείχνουν ότι μεταξύ μαθητών και φοιτητών διαγνωσμένων με ΔΕΠΥ που λαμβάνουν αμφεταμίνες για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής, 10% των μαθητών και 35% των φοιτητών αναφέρουν κατάχρηση των συνταγογραφημένων φαρμάκων για τη ΔΕΠΥ (*Aderall*) προκειμένου να αυξήσουν την απόδοσή τους στο σχολείο ή στο Πανεπιστήμιο. Σε αθλητές με ΔΕΠΥ το αναφερόμενο ποσοστό κατάχρησης αμφεταμινών ανήλθε στο 31% προκειμένου να ενισχυθούν οι αθλητικές τους επιδόσεις (Rabineretal, 2009).

Παρά τους κινδύνους από την κατάχρηση των ουσιών αυτών οι περισσότεροι αθλητικοί οργανισμοί επιτρέπουν τη χρήση τους στις περιπτώσεις όπου υπάρχει διάγνωση και ακολουθούνται οι ισχύοντες κανονισμοί στη χορήγηση τους (Pujalteetal, 2019). Στην πραγματικότητα, ο βαθμός της υπεροχής στην απόδοση των αθλητών που κάνουν χρήση αμφεταμινών δεν έχει αποδειχθεί σε ανθρώπους παρά μόνο σε πειραματόζωα. Σε εργαστηριακά πειράματα σε

ποντίκια φαίνεται ότι η χρήση αμφεταμινών αυξάνει το χρονικό διάστημα αντοχής τους (Zaretskyetal, 2014).

Μελέτες παρατήρησης σε παιδιά και φοιτητές που χρησιμοποιούσαν αμφεταμίνη έδειξε ότι δόση 15mg ανά 70 κιλά βάρους σε δοκιμασία τρεξίματος και στατικού ποδηλάτου έδωσε θετικά αποτελέσματα στη δύναμη επιτάχυνσης, στη δύναμη έκτασης του γόνατου και στη διάρκεια αντοχής ενώ η διαφορά στην επίδοση μετά τη χρήση L-μεθαμφεταμίνης ήταν λιγότερο έντονη. Στις μελέτες αυτές παρατηρήθηκε αύξηση των καρδιακών παλμών και της θερμοκρασίας σώματος των συμμετεχόντων μετά τη χρήση των αμφεταμινών, γεγονός που τονίζει τη σημασία στην ασφαλή χρήση των ουσιών αυτών κατά τις αθλητικές δραστηριότητες (Chandleretal, 1980, Dufkaetal, 2009).

### **Επαγγελματίες υγείας**

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν ομάδα εργαζομένων η οποία συστηματικά εκτίθεται σε έντονες συνθήκες εργασίας, σε εργασία σε βάρδιες, σε νυκτερινή εργασία και στην ανάγκη για πολύωρη παρουσία στους χώρους εργασίας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κλινικές). Ακόμη, λόγω της φύσης της εργασίας τους έχουν εύκολη πρόσβαση στην προμήθεια διεγερτικών ουσιών, έρχονται συστηματικά σε επαφή με ασθενείς, βιώνουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και έρχονται αντιμέτωποι με τον θάνατο. Κατά συνέπεια αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα η οποία συχνά καταφεύγει στη χρήση φαρμάκων αύξησης των εργασιακών επιδόσεων για να ανταπεξέλθει στις εργασιακές απαιτήσεις, για να ρυθμίσει το έλλειμμα ύπνου και για να ανταπεξέλθει στις οικογενειακές και κοινωνικές της υποχρεώσεις (Bennett and O'Donovan, 2001).

Η χρήση αμφεταμινών για την αύξηση της εργασιακής απόδοσης από τους επαγγελματίες υγείας πέρα από τις πιθανές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική τους υγεία, έχει μεγάλο κίνδυνο για την υγεία και ασφάλεια των ασθενών που διαχειρίζονται (Fowlie, 1999).

Σε μελέτη που έγινε σε επαγγελματίες υγείας στην Κένυα (Mokayaetal, 2016) 6.4% των συμμετεχόντων ανέφερε χρήση αμφεταμινών (τοπική χρήση του φυτού Khat ή Miraa, το οποίο μασώμενο έχει διεγερτική δράση τύπου αμφεταμίνης), 9.3% χρήση κάνναβης και 8.8% χρήση κοκαΐνης κατά τους προηγούμενους 3 μήνες από τη διεξαγωγή της έρευνας.

Η χρήση των αμφεταμινών ήταν υψηλότερη στους άνδρες εργαζόμενους σε σχέση με τις γυναίκες αν και η χρήση αμφεταμινών στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας ήταν πολύ υψηλότερη από τη χρήση στο γενικό πληθυσμό γυναικών της Κένυας. Το υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο φάνηκε να σχετίζεται με τη συχνότητα χρήσης (Mokayaetal, 2016).

Οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας στις οποίες έχει παρατηρηθεί σχετικά αυξημένη χρήση αμφεταμινών για ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης είναι οι

χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι, οι νοσηλευτές και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (Bennett and O'Donovan, 2001).

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους σε θέματα κατάχρησης ουσιών και να παρακολουθούνται κατά την εργασία με ειδικά προγράμματα προαγωγής επαγγελματικής υγείας. Προγράμματα διαχείρισης της εξάρτησης πρέπει να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται κατά τρόπον, ώστε να διαφυλάσσεται το ιατρικό απόρρητο των εργαζομένων και σε συνεργασία με ειδικούς φορείς στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων σε εθνικό ή σε τοπικό επίπεδο (Mansky, 1999).

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν αντιλαμβάνονται το μέγεθος των συνεπειών της κατάχρησης ουσιών και ειδικά αμφεταμινών στην υγεία τους και στην υγεία των ασθενών που φροντίζουν. Επίσης το στίγμα της χρήσης ουσιών δυσκολεύει του επαγγελματίες υγείας στην αναζήτηση βοήθειας και δεν διευκολύνει καθόλου τη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών στην επαγγελματική αυτή ομάδα. Σε άλλες περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας που κάνουν χρήση αμφεταμινών, προσπαθούν να κρύψουν τα συμπτώματα από τη χρήση, ώστε να μην γίνουν αντιληπτοί και αλλάζουν συμπεριφορά. Συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εργασίας που υποδηλώνουν χρήση αμφεταμινών είναι η επιλογή εργασίας σε πολύ πρωινή ή σε βραδινή βάρδια (δίνει καλύτερη πρόσβαση στο φαρμακείο), η υπερωριακή εργασία σε συστηματική βάση, η αυξημένη συνταγογράφηση αμφεταμινών για ασθενείς που δεν τα χρειάζονται και ασυμβατότητες στα έγγραφα των φαρμάκων του τμήματος στο οποίο εργάζονται.

### ***Οδηγοί φορητών μεγάλων αποστάσεων***

Στην επαγγελματική ομάδα των οδηγών μεγάλων αποστάσεων έχει καταγραφεί χρήση διεγερτικών ουσιών για την αύξηση της αντοχής τους, καθώς και τη μείωση της κόπωσης τις μεγάλες αποστάσεις που διανύουν. Συχνή είναι η χρήση οινόπνευματος, αμφεταμινών, μαριχουάνας και κοκαΐνης με τη συχνότητα χρήσης να ποικίλλει τόσο μεταξύ του τύπου των ουσιών που χρησιμοποιούν όσο και μεταξύ των αυτοαναφερόμενων δόσεων και των αποτελεσμάτων από μετρήσεις σε βιολογικά δείγματα των εργαζομένων (Labatetal, 2008). Συστηματική ανασκόπηση μελετών σχετικά με τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων σε οδηγούς φορητών έδειξε ότι η πλειοψηφία χρησιμοποιεί τις ουσίες αυτές για να ενισχύσει την εργασιακή της απόδοση. Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό χρήσης αναφέρεται για τις αμφεταμίνες (21.3%) με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται σε οδηγούς στην Ταϊλάνδη και τα χαμηλότερα στη Γαλλία. Το ποσοστό αυτό είναι περίπου 30 φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό χρήσης αμφεταμινών σε γενικό πληθυσμό το οποίο ανέρχεται σε 0.7% (Dinietal, 2019). Φαίνεται ότι η χρήση των ουσιών αυτών είναι συχνότερη σε νεότερους οδηγούς (κάτω των 35 ετών), άνδρες, που εργάζονται κυρίως τις νυκτερινές ώρες, αμείβονται χαμηλά και έχουν ιστορικό

παραβατικής συμπεριφοράς όπως μικροκλοπές, έλλειψη υποβολής αναφοράς ποιότητας των μεταφερόμενων προϊόντων, τροχαία ατυχήματα με μικρές υλικές ζημιές (Girotoetal, 2014, Gjerdeetal, 2012). Μελέτη σε οδηγούς βαρέων οχημάτων στην Τουρκία έδειξε συσχέτιση της χρήσης αμφεταμινών με παράλληλη χρήση καφεΐνης και πολύωρη οδήγηση (Yildirimetal, 2003) ενώ σε παρόμοια μελέτη στην Αυστραλία η χρήση αμφεταμινών συνδέθηκε με λιγότερα χρόνια στην οδήγηση, εργασία σε μικρού μεγέθους επιχειρήσεις και με χαμηλή παραγωγικότητα (Williamson, 2007). Οι οδηγοί φορτηγών αποτελούν βασικό κομμάτι της οικονομίας κάθε χώρας καθώς συμμετέχουν σε ένα τεράστιο δίκτυο μεταφοράς προϊόντων τόσο εντός όσο και εκτός των εθνικών συνόρων κάθε χώρας. Οι αμφεταμίνες βοηθούν στη μεγαλύτερη διάρκεια εγρήγορσης και μειώνουν την ανάγκη για ύπνο, βοηθώντας τους οδηγούς να εκτελέσουν μεγαλύτερα και πιο απαιτητικά σε χρόνο δρομολόγια με μεγαλύτερη άνεση (Couperetal, 2002). Παρά τη σημασία της επιτήρησης της χρήσης διεγερτικών ουσιών σε οδηγούς μεγάλων αποστάσεων, είναι μια επαγγελματική ομάδα η οποία είναι δύσκολα προσβάσιμη και εξαιρετικά δύσκολο να μελετηθεί, καθώς ο εργασιακός τους χώρος είναι συνεχώς μεταβαλλόμενος και τα ωράρια τους ακατάστατα. Από τις λίγες σχετικά υπάρχουσες μελέτες προκύπτει ότι γίνεται χρήση αμφεταμινών από τους επαγγελματίες οδηγούς μεγάλων αποστάσεων, αλλά υπάρχει μεγάλη διακύμανση στη συχνότητα χρήσης τους. Αποτελέσματα βιολογικών μετρήσεων έχουν ανιχνεύσει τη χρήση διεγερτικών ουσιών και οινοπνεύματος σε μεγάλη μερίδα των οδηγών που εξετάστηκαν. Η αυτοαναφερόμενη χρήση είναι συχνά δύσκολο να τεκμηριωθεί και δεν αναφέρεται από τους οδηγούς, καθώς πολλές από τις διεγερτικές ουσίες είναι απαγορευμένες και η χρήση τους δεν συμβαδίζει με την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Παρόλα αυτά, σε κάποιες συνεντεύξεις με οδηγούς η αυτοαναφερόμενη συχνότητα χρήσης ήταν υψηλότερη από αυτήν που μετρήθηκε εργαστηριακά, πιθανότατα λόγω ύπαρξης σφάλματος πληροφόρησης γιατί δεν ήταν ξεκάθαρο σε ποιά χρονική περίοδο αναφερόταν η αυτοαναφερόμενη χρήση (Girotoetal, 2014).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η μέτρηση των επιπέδων αμφεταμινών σε δείγμα σάλιου δίνει γενικά χαμηλότερα επίπεδα ουσίας σε σχέση με τη μέτρηση σε δείγμα ούρων. Πιθανολογείται ότι στα ούρα ανιχνεύεται ουσία που καταναλώθηκε ημέρες ή και εβδομάδες πριν τον έλεγχο και κατά συνέπεια το αποτέλεσμα για την πρόσφατη χρήση έχει χαμηλή ειδικότητα. Πιστεύεται ότι ο έλεγχος των επιπέδων αμφεταμινών σε δείγμα σάλιου αντικατοπτρίζει καλύτερα τα επίπεδα της ουσίας στο αίμα σε σχέση με το δείγμα ούρων και επιπλέον το σάλιο προσφέρει ευκολότερη διαδικασία χρήσης και συνεργασίας από τους εργαζόμενους (Kelley et al, 2014).

Το θέμα της χρήσης αμφεταμινών και άλλων διεγερτικών ουσιών από τους οδηγούς μεγάλων αποστάσεων είναι εξαιρετικά σημαντικό και έχει σοβαρές διαστάσεις για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων καθώς αποτελεί βασικό

παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων. Επιπλέον η συστηματική χρήση αμφεταμινών επιφέρει κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων ειδικά σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει κάποιο χρόνιο νόσημα. Είναι απαραίτητη η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της χρήσης αμφεταμινών και άλλων διεγερτικών ουσιών καθώς και η εκτίμηση των προδιαθεσικών παραγόντων για τη χρήση τους. Χρειάζεται επίσης να διαμορφωθεί ένα πλαίσιο καλής ιατρικής επίβλεψης των εργαζομένων αυτών σε συνδυασμό με την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης για τους σχετικούς κινδύνους. Η διαμόρφωση αυστηρών οδηγιών για τη διάρκεια εργασίας, τους χρόνους ανάπαυσης, η συντήρηση των οχημάτων και το ύψος των αμοιβών πρέπει να τηρούνται και να ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

### **Στρατιωτικοί**

Υπάρχουν αναφορές για τη χρήση αμφεταμινών στους Αμερικανούς και Βρετανούς στρατιώτες κατά τον *Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο* με σκοπό να αυξηθεί η αντοχή τους στις κακουχίες του πολέμου στα διάφορα μέτωπα μάχης. Αναφέρεται ότι ο Βρετανικός Στρατός χορήγησε 72 εκατομμύρια δόσεις αμφεταμινών σε στρατιώτες κατά τη διάρκεια του πολέμου. Ανάλογη κατάσταση υφίστατο και στο Γερμανικό στρατό (Ohler, 2017). Στις ΗΠΑ, μετά τη λήξη του πολέμου, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των συνταγογραφούμενων αμφεταμινών στα 16 εκατομμύρια άτομα που υπηρέτησαν στον πόλεμο, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την εξάρτηση από τη διεγερτική ουσία.

Η μεθαμφεταμίνη δημιουργήθηκε στο εργαστήριο από τον Ρουμανογερμανό χημικό *Edelaru* το 1887 σε μια προσπάθεια να δημιουργήσει συνθετική μορφή της εφεδρίνης, αλλά η υδατοδιαλυτή μορφή με την οποία χρησιμοποιήθηκε από τους ανθρώπους δημιουργήθηκε το 1919 από Ιάπωνες χημικούς, ήταν η πρώτη εκδοχή της *κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης* (*crystalmeth*) και έφερε την ιαπωνική ονομασία «*shabu*». Δέκα χρόνια αργότερα η ουσία αυτή κυκλοφόρησε ευρύτατα με την εμπορική ονομασία *βεσενδρίνη* (*bezendrine*). Η ουσία αυτή γρήγορα φάνηκε σε κλινικές μελέτες ότι έχει διεγερτικές ιδιότητες και σε συνδυασμό με την αμφεταμίνη, άρχισε να χρησιμοποιείται για την τόνωση της αντοχής και της διάθεσης κατά την εκτέλεση επαναλαμβανόμενων, μονότονων εργασιακών δραστηριοτήτων. Παράλληλα με τις ευεργετικές δράσεις φάνηκαν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ουσίας, όπως η επιθετικότητα, ο εκνευρισμός, η παράνοια και η αϋπνία.

Οι αμφεταμίνες χορηγούνταν στους στρατιώτες των ΗΠΑ, ειδικά σε πιλότους της *Πολεμικής Αεροπορίας* (US Air Force) μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 2000 ως μέρος του προγράμματος χορήγησης φαρμάκων αύξησης επιδόσεων που έφεραν την ονομασία «*go pills*». Πρόκειται για διεγερτικές ουσίες οι οποίες ενισχύουν την εγρήγορση και την αποφασιστικότητα των στρατιωτών στις διάφορες αποστολές

(Rasmussen, 2011). Οι αποστολές αυτές συνήθως διαρκούν λίγες ημέρες και είναι υψηλής έντασης όπου οι στρατιωτικοί που εμπλέκονται οφείλουν να είναι σε εγρήγορση 24 ώρες το 24ωρο χωρίς διακοπή για ανάπαυση. Αναφέρεται σε στρατιωτικά έγγραφα η χορήγηση αμφεταμινών στα μέλη τέτοιων αποστολών. Στην επιχείρηση του Αμερικανικού Στρατού *Desert Shield / Desert Storm* στον Πόλεμο του Κόλπου τα έτη 1991-91 ανακοινώθηκε ότι χορηγήθηκαν σε μέλη της Αμερικανικής Αεροπορίας κατά τη διάρκεια αποστολών αερο-περιπολίας μικρές δόσεις αμφεταμινών (5 mg δεξτρο-αμφεταμίνη ανά 4 ώρες) στο 65% των συμμετεχόντων στην επιχείρηση αυτή, χωρίς να παρατηρηθούν ιδιαίτερες ανεπιθύμητες επιδράσεις. Συνολικά, 58-61% των πιλότων που έλαβαν αμφεταμίνες, θεώρησαν ότι η ουσία τους βοήθησε στην απόδοσή τους κατά τη διάρκεια της αποστολής γιατί αύξησε τις επιδόσεις τους μέσα στο θάλαμο του αεροσκάφους και μείωσε το αίσθημα κόπωσης σε κρίσιμα σημεία κατά τη διάρκεια των πτήσεων (Emonson and Vanderbee, 1995). Παρά την επιτυχία των αποστολών αυτών υπήρχαν πάντα αντιδράσεις στη χορήγηση αμφεταμινών στους στρατιωτικούς για ενίσχυση της απόδοσής τους εν ώρα υπηρεσίας. Μετά το συμβάν το έτος 2002 στο αγρόκτημα Tarnak στο Αφγανιστάν, όπου 2 πιλότοι της Αμερικανικής Πολεμικής Αεροπορίας κατηγορήθηκαν για δολοφονική επίθεση εξ αμελείας, όταν έριξαν βόμβες σε Καναδική στρατιωτική μονάδα, στη διάρκεια εκπαιδευτικής πτήσης με μεγάλες ανθρώπινες απώλειες. Η υπερασπιστική γραμμή των 2 πιλότων ήταν ότι η κρίση τους είχε επηρεασθεί από τις αμφεταμίνες που τους είχαν χορηγηθεί (Bower and Phelan, 2003). Το συμβάν αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το Αμερικανικό Πεντάγωνο να αναθεωρήσει την πολιτική του «go pill».

Στις σημερινές συνθήκες πολέμου τα μοντέρνα αεροσκάφη είναι κατασκευασμένα, έτσι ώστε να μπορούν να πετάξουν για πολλές ώρες, κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της νύκτας και σε αντίξοες καιρικές συνθήκες και απαιτείται εγρήγορση διαρκείας από τους πιλότους. Ο Αμερικανικός Στρατός πλέον έχει αντικαταστήσει τις αμφεταμίνες με άλλο φάρμακο αύξησης εργασιακών επιδόσεων (*Modafinil*), κατά της ναρκοληψίας, το οποίο χορηγείται κυρίως σε πιλότους μόνο με ιατρική συνταγή (Estradaetal, 2012).

#### **ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Αν και η χρήση αμφεταμινών και άλλων φαρμάκων αύξησης της απόδοσης στην εργασία είναι αποδεκτή για τη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών μέσω ιατρικής συνταγογράφησης, θα μπορούσε να επεκταθεί και σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ανάγκη αυξημένης απόδοσης για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα υπό τον όρο ότι θα έχουν παραχθεί με ασφαλή και πιστοποιημένο τρόπο, έτσι ώστε να είναι γενικά αποδεκτή η χρήση τους και να μπορεί να παρακολουθηθεί η αποτελεσματικότητά τους, καθώς και η κατάσταση της υγείας των εργαζόμενων υπό ιατρική επιτήρηση.

Παράλληλα, αξίζει να συζητηθεί το αν η φαρμακευτική βιομηχανία θα μπορούσε ίσως να συνεισφέρει στην παραγωγή ειδικών σκευασμάτων προοριζόμενων ειδικά για την ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης, στοχεύοντας στη μείωση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων, μέσω της διεξαγωγής κλινικών πρωτοκόλλων. Αυτονόητο είναι ότι τέτοιου είδους φάρμακα πρέπει να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή και ιατρική παρακολούθηση και ασφαλώς με τη σύμφωνη γνώμη (και επιθυμία) των εργαζόμενων. Πρακτικά αυτό δεν γίνεται στην περίπτωση των στρατιωτικών, αφού με στρατιωτική εντολή γίνεται η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων, ασφαλώς από ιατρικό προσωπικό – που φυσικά μπορεί να την αρνηθεί το ένστολο προσωπικό, με πιθανή μεταβολή της μαχητικής ικανότητάς του.

Βεβαίως, η χρήση από αθλητές δεν νοείται, καθώς εμπίπτει σε βασικούς Κανονισμούς του Αθλητισμού. Το ενδιαφέρον, ακόμα και στον πρωταθλητισμό, είναι να επιτευχθούν επιδόσεις που αντιστοιχούν στον ανθρώπινο οργανισμό, χωρίς την τεχνητή δημιουργία «υπεράνθρωπου», αλλά μόνο με την άσκηση. Το ίδιο θα μπορούσε να προβληθεί κατ' αναλογία και για τις υπόλοιπες σωματικές αποδόσεις κατά την εργασία, καθώς και τις πνευματικές επιδόσεις.

Ωστόσο, εργασιακά περιβάλλοντα όπου η φύση της εργασίας εμπεριέχει συνεχή πίεση, απαίτηση υψηλών επιδόσεων και χαμηλό επίπεδο ελέγχου από τους εργαζόμενους, πρέπει να επιτηρούνται στενά ως προς τη χρήση αμφεταμινών και άλλων φαρμάκων αύξησης απόδοσης στην εργασία (διαδικασία εκτίμησης κινδύνου) και να λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα αποσυμπίεσης της έντασης και προστασίας των εργαζομένων.

## **ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

### ***ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ***

Η χρήση αμφεταμινών και άλλων ουσιών για την ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης συνδέεται με κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στο χώρο εργασίας.

Η πίεση για αύξηση της παραγωγικότητας από τους εργοδότες μπορεί να οδηγήσει τους εργαζόμενους στην αναγκαστική χρήση των αμφεταμινών για να ανταπεξέλθουν τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις. Η πίεση αυτή μπορεί να διαταράξει τις σχέσεις μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων με επιπτώσεις στη συνεργατικότητα, στην αποδοχή των οδηγιών από ανωτέρους και στην εργασιακή δέσμευση.

Η χρήση φαρμάκων που ενισχύουν την εργασιακή απόδοση είναι πιθανό να διαταράξει τις σχέσεις μεταξύ εργαζομένων, καθώς οι χρήστες θα έχουν βελτιωμένες επιδόσεις στην εργασία, οδηγώντας στο εσφαλμένο συμπέρασμα ότι οι μη χρήστες είναι λιγότερο αποδοτικοί και παραγωγικοί στην εργασία τους.

Η υψηλή απόδοση των εργαζομένων που κάνουν χρήση αμφεταμινών μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη, οδηγώντας με τον τρόπο αυτόν τους εργοδότες στη διατήρηση των υψηλών απαιτήσεων ή στην επιβολή ακόμη υψηλότερων απαιτήσεων χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις πραγματικές δυνατότητες και τα χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου (ηλικία, φύλο, έτη εργασίας κ.ά.).

Σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει η πιθανότητα να θεωρηθεί η χορήγηση αμφεταμινών στο προσωπικό μιας επιχείρησης ως η λύση στην αύξηση της παραγωγικότητας, ειδικά στις περιπτώσεις όπου λόγω εμπορικού ανταγωνισμού υπάρχει πίεση για αυξημένη παραγωγή και απόδοση. Επίσης σε κάποιες περιπτώσεις η διαπίστωση από την μεριά της εργοδοσίας ότι με τη χρήση αμφεταμινών αυξάνεται η αντοχή και η απόδοση των εργαζομένων, μπορεί να οδηγήσει στην απαίτηση υπερωριακής εργασίας, στην επιβολή ανάληψης επιπλέον ευθυνών και αρμοδιοτήτων ή στην αύξηση της παραγωγής ανά μονάδα χρόνου. Η πρακτική αυτή έχει πολλούς κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων (ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, λάθη, ατυχήματα κ.ά.), αλλά και για τη φήμη της επιχείρησης (Pedersenetal, 2015).

#### *ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ*

Η χρήση των αμφεταμινών συνδέεται με τον κίνδυνο εμφάνισης υπερθερμίας. Η πιθανότητα εμφάνισης υπερθερμίας σε κάποια επαγγέλματα αυξάνεται από τη σωματική δραστηριότητα κατά την εργασία όπου υπάρχουν συνθήκες θερμικής καταπόνησης συνδυαστικά με την έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες περιβάλλοντος. Σε μελέτη στις ΗΠΑ καταγράφηκαν περιστατικά υπερθερμίας σε εργαζόμενους οι οποίοι μετά από εργαστηριακή διερεύνηση σε βιολογικά δείγματα διαπιστώθηκε ότι είχαν κάνει χρήση αμφεταμινών και μεθαμφεταμίνης (Tustinetal, 2018).

Στο πλαίσιο ελέγχων του *Οργανισμού Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία* (OSHA) των ΗΠΑ διαπιστώθηκαν 111 περιστατικά υπερθερμίας σε εργαζόμενους για τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου 2010 - Αυγούστου 2019 από τα οποία 46 ήταν σοβαρά (38 θανατηφόρα και 8 πολύ σοβαρά). Ως υπερθερμία ορίζεται η αύξηση της θερμοκρασίας σώματος άνω των 40°C σε συνδυασμό με σοβαρή δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (σπασμοί ή κωματώδης κατάσταση). Στους 34 από τους 46 εργαζόμενους (73.9%) ανιχνεύθηκαν αμφεταμίνες. Ήταν όλοι άνδρες ηλικίας 18-47 ετών, εργαζόμενοι σε διάφορες επιχειρήσεις και τα περιστατικά σημειώθηκαν καλοκαιρινούς μήνες όπου η θερμοκρασία περιβάλλοντος ήταν μεταξύ 31-42°C. Σε 7 περιπτώσεις σημειώθηκε παράνομη χρήση αμφεταμινών από τους εργαζόμενους, σε άλλες η χρήση ήταν συνταγογραφούμενη για την θεραπεία ΔΕΠΥ και σε μία περίπτωση αναφέρθηκε χορήγηση αμφεταμίνης (σε χάπι) από τον προϊστάμενο στην αρχή της βάρδιας. Η



έρευνα σε μεγάλο αριθμό εργαζομένων έδειξε συχνότητα χρήσης αμφεταμινών σε ποσοστό 25% που συνδέεται με την πιθανότητα εμφάνισης υπερθερμίας, αλλά γενικά οι αναφορές στο θέμα αυτό είναι περιορισμένες (Karasicketal, 2020). Τόσο οι εργοδότες, όσο και οι εργαζόμενοι οφείλουν να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης υπερθερμίας μετά από τη χρήση αμφεταμινών για να ενισχύσουν την απόδοση στην εργασία ειδικά σε συνθήκες θερμικής καταπόνησης ή αυξημένης θερμοκρασίας περιβάλλοντος. Η πρόληψη της παράνομης χρήσης αμφεταμινών είναι απαραίτητη και η παρακολούθηση της συνταγογραφούμενης χρήσης για θεραπεία διαταραχών συγκέντρωσης πρέπει να είναι στενή ώστε να αποφευχθούν ανεπιθύμητες επιδράσεις (Darkeetal, 2018). Παράλληλα η συνταγογράφηση αμφεταμινών θα πρέπει να γίνεται μετά από ενημέρωση του επαγγελματία υγείας για το επαγγελματικό ιστορικό του ατόμου και η πληροφορία αυτή θα πρέπει να συναξιολογείται στη διαμόρφωση της ιατρικής επίβλεψης του εργαζόμενου.

#### *ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ*

Η χρήση ουσιών για την αύξηση της εργασιακής απόδοσης, συμπεριλαμβανομένων των αμφεταμινών, δεν πρέπει να γίνεται μετά από προτροπή της εργοδοσίας. Η χρήση των αμφεταμινών θα πρέπει να εμπίπτει στην πολιτική απαγόρευσης χρήσης ουσιών οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να επηρεάζουν την απόδοση του εργαζομένου (όπως η χρήση οινόπνεύματος ή η χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών) στο πλαίσιο της πολιτικής διασφάλισης της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας (EU-OSHA, 2022).

Η διαπιστωμένη χρήση των αμφεταμινών στην εργασία θα πρέπει να αντιμετωπισθεί ως κίνδυνος για την ΥΑΕ και να ληφθούν τα προβλεπόμενα μέτρα (π.χ. εργαστηριακός έλεγχος, σύσταση για αντιμετώπιση του προβλήματος, επιβολή ποινής). Η παρακολούθηση των εργαζομένων και η ιατρική τους επίβλεψη πρέπει να λαμβάνει υπόψη την πιθανή χρήση αμφεταμινών, ειδικά σε ομάδες εργαζομένων που εργάζονται σε βάρδιες, που κάνουν υπερωρίες, που εργάζονται υπό πίεση αυξημένης παραγωγικότητας, που είναι στη σειρά για προαγωγή ή για ανάθεση αυξημένων αρμοδιοτήτων.

Η παράμετρος της ιατρικής επίβλεψης είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η πιθανότητα αναφοράς προβλήματος σχετιζόμενου με χρήση αμφεταμινών κατά την εργασία από τον ίδιο τον εργαζόμενο είναι μικρή. Ο εργαστηριακός έλεγχος χρήσης αμφεταμινών κατά την εργασία αποτελεί στοιχείο γενικότερης αντιπαράθεσης μεταξύ εργοδότη και εργαζομένων, καθώς προσκρούει σε ζητήματα ιατρικού απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων (Karasicketal, 2020). Στη Φινλανδία, στη Νορβηγία και στην Ιρλανδία υπάρχει το σχετικό νομικό πλαίσιο, αλλά στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες η διαχείριση του

ζητήματος αυτού γίνεται ζυγίζοντας τα θέματα της ιδιωτικότητας και της παροχής ενός υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας.

Στις ΗΠΑ εφαρμόζεται η πρακτική του τυχαίοποιημένου ελέγχου των εργαζομένων σε συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους όπου υπάρχουν ιδιαιτερότητες σχετικά με το επίπεδο ασφάλειας της επαγγελματικής δραστηριότητας και της υγείας των εργαζομένων. Στην πιθανή εφαρμογή των τυχαίοποιημένων ελέγχων εργαζομένων για τη χρήση αμφεταμινών και άλλων φαρμάκων αύξησης απόδοσης στην εργασία οφείλουν να συνυπολογισθούν τα χαρακτηριστικά του εργαστηριακού ελέγχου (ευαισθησία και ειδικότητα) και η διαδικασία (χρόνος λήψης δείγματος, είδος δείγματος κ.ά.).

Στο πλαίσιο του *Σχεδίου Δράσης για την Καταπολέμηση της Χρήσης των Ναρκωτικών 2017-2020* που προετοιμάστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, (Action Plan on Drugs, 2017-2020) αναφέρεται ότι η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων καταπολέμησης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις συνθήκες χρήσης και μεταξύ αυτών αναφέρονται και οι χώροι εργασίας (EMCDDA, 2023).

Είναι απαραίτητο τα προγράμματα προαγωγής υγείας στους χώρους εργασίας να περιλαμβάνουν δράσεις επιτήρησης της χρήσης των διεγερτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών στους χώρους εργασίας που στοχεύουν στην αύξηση των εργασιακών επιδόσεων και παρεμβάσεις που να αποθαρρύνουν τη χρήση τους, όπως ο περιορισμός της υπερωριακής απασχόλησης και ο φόρτος εργασίας. Επιδημιολογικές μελέτες στοχευμένες σε ομάδες εργαζομένων όπου υπάρχει υπόνοια για αυξημένη χρήση διεγερτικών ουσιών θα πρέπει να ενθαρρύνονται, ώστε να προκύψουν ποσοτικές εκτιμήσεις και να αναδείξουν έτσι το μέγεθος του προβλήματος.

Ενώ ο έλεγχος της συγκέντρωσης αμφεταμινοειδών στο αίμα εργαζομένων για μη ιατρικούς σκοπούς δεν είναι σύμφωνος με τους κανόνες της Βιοηθικής, αξίζει να συζητηθεί το ζήτημα των μετρήσεων περιβαλλοντικών δειγμάτων στα λύματα αποχετευτικών δικτύων μεγάλων επιχειρήσεων, με την προϋπόθεση ότι δεν θα οδηγούν σε «φωτογραφικά» συμπεράσματα για συγκεκριμένους εργαζόμενους. Ωστόσο, κατά το πρότυπο του εργαστηριακού ελέγχου λυμάτων για ιικό φορτίο κατά την πανδημία COVID-19, η πρόθεση ήταν για ιατρικούς λόγους (Δημόσιας Υγείας) και με την έννοια αυτήν, ακόμα και οι μετρήσεις περιβαλλοντικών δειγμάτων στα αποχετευτικά δίκτυα μεγάλων επιχειρήσεων αποτελεί μέρος ιατρικής πράξης πληθυσμιακού χαρακτήρα.

Επιπροσθέτως, ενώ επί ατυχήματος (ή παρολίγον ατυχήματος) μπορεί να δοθεί εισαγγελική εντολή για ατομικό εργαστηριακό έλεγχο, όπως γίνεται αλκοτέστ επί ατυχήματος (έλεγχος ικανότητας προς οδήγηση), αξίζει να συζητηθεί αν νοείται αντίστοιχος ατομικός προληπτικός έλεγχος σε εργαζόμενους, που πιθανόν θέτει θέμα ικανότητας προς εργασία, κατ' αναλογία των προληπτικών αλκοτέστ που διενεργεί η Τροχαία.

## **ΑΝΑΓΚΗ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΥΞΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

### **ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ**

Η χρήση *φαρμάκων αύξησης των εργασιακών επιδόσεων* (pharmaceutical cognitive enhancers) παρουσιάζει αύξηση σε πολλές ομάδες εργαζομένων καθώς αυξάνουν την γνωστική ικανότητα των ατόμων, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ενισχύουν την μνήμη, την ικανότητα μάθησης και την αντοχή σε καταστάσεις πίεσης. Πρόκειται για φαρμακευτικές ουσίες, οι οποίες βελτιώνουν τις επιδόσεις των ατόμων μέσω της ανάπτυξης δεξιοτήτων διαχείρισης έντονων καταστάσεων και απαιτητικών συνθηκών εργασίας.

Στην αγορά δεν κυκλοφορούν επισήμως φάρμακα βελτίωσης επιδόσεων, αλλά για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται από υγιή άτομα, φάρμακα τα οποία συνταγογραφούνται για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων, όπως είναι η ΔΕΠΥ. Συχνά γίνεται αναφορά στον όρο *ακαδημαϊκό ντόπινγκ* (academic doping) αφού υπάρχουν αρκετές αναφορές για χρήση στα πανεπιστημιακά ιδρύματα από μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας ή χαρακτηρίζονται με τον όρο «*έξυπνα φάρμακα*» (smart drugs) αφού η χρήση τους συνδέεται και με αύξηση της γνωστικής ευφυΐας έστω και παροδικής (Sattleretal, 2013).

Αν και οι περισσότερες χώρες επιβάλλουν περιορισμούς στη μη ιατρική χρήση των φαρμάκων αυτών, αυτοί συνήθως εύκολα παρακάμπτονται και έτσι πολλοί εργαζόμενοι αποκτούν πρόσβαση στα φάρμακα αυτά, είτε μέσω συνταγογράφησης, είτε μέσω της παράνομης διακίνησης διεγερτικών ουσιών, όπως η αμφεταμίνη και μεθαμφεταμίνη, με σκοπό να αυξήσουν της εργασιακή του απόδοση. Ειδικά για τη χρήση των φαρμάκων αυτών σε εργασιακούς χώρους, λόγω και της υψηλής σημασίας που έχει η χρήση τους στο επίπεδο υγείας και ασφάλειας στην εργασία, τίθεται το ερώτημα εάν και με ποιόν τρόπο πρέπει η χρήση αυτή να δηλώνεται στον εργοδότη, έτσι ώστε να προληφθούν ανεπιθύμητα αποτελέσματα και να εκτιμηθεί σωστά ο επαγγελματικός κίνδυνος. Από τη χρήση των ουσιών αυτών για αύξηση των εργασιακών επιδόσεων προκύπτει σειρά επαγγελματικών κινδύνων για τον εργαζόμενο (άμεσων ή χρόνιων), αλλά και για τον εργοδότη στο επίπεδο της υποχρέωσής του να παρέχει συνθήκες ασφαλούς εργασίας σε όλους τους εργαζόμενους και να τηρεί τη σχετική νομοθεσία (Garasic and Lavazza, 2015).

### **ΑΙΤΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΥΞΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ**

Οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, η υπερωριακή εργασία, η εργασία σε βάρδιες, ο ρόλος ηγεσίας, ο κίνδυνος απόλυσης, αλλά και οι αυξημένες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, η συναισθηματική σταθερότητα και το κοινωνικό πλαίσιο αποτελούν πηγές στρες και πίεσης για αυξημένη εργασιακή απόδοση. Μελέτη σε εργαζόμενους σε μεγάλες εταιρείες στη Γερμανία δείχνει ότι 10.47% των

συμμετεχόντων είναι διατεθειμένοι να χρησιμοποιήσουν φάρμακα ενίσχυσης της εργασιακής απόδοσης με οποιονδήποτε τρόπο για να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές απαιτήσεις (Baumetal, 2021).

### *ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ*

Οι εργοδότες πρέπει να έχουν προγράμματα παρακολούθησης των εργαζομένων, να φροντίζουν την ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών εργασίας και να εισάγουν δομικές αλλαγές στον τρόπο εκτέλεσης της εργασιακής δραστηριότητας για να μην υπάρχει ανάγκη φαρμακευτικής ενίσχυσης της απόδοσης στην εργασία. Στο σημείο αυτό η συμβολή των Ειδικών Ιατρών Εργασίας και Περιβάλλοντος είναι σημαντική, καθώς μπορούν να εντοπίσουν τους εργαζόμενους που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο χρήσης φαρμάκων αύξησης εργασιακών επιδόσεων και να προτείνουν τους κατάλληλους τρόπους παρέμβασης (Schaufelietal, 2014).

### *ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ*

Οι επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών και στην εκπαίδευση των ατόμων σχετικά με τους κινδύνους από τη χρήση τους. Συχνά υπάρχει η δυσκολία ότι τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση φαρμάκων για την ενίσχυση των εργασιακών τους επιδόσεων και εμφανίζουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, διστάζουν να απευθυνθούν στις υπηρεσίες υγείας καθώς φοβούνται τις επιπτώσεις της αποκάλυψης της χρήσης και το στίγμα που την ακολουθεί. Άλλος λόγος είναι ότι συχνά οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που συνδέονται με τη χρήση διεγερτικών ουσιών και το γεγονός αυτό δρα αποτρεπτικά. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα άτομα αυτά δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα και το μέγεθος του προβλήματος από την κατάχρηση των φαρμάκων αύξησης εργασιακών επιδόσεων δεν είναι κατανοητό (Zahnowetal, 2017).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που υπάρχουν για τη διαχείριση των ατόμων που χρησιμοποιούν φάρμακα αύξησης εργασιακών επιδόσεων είναι περιορισμένα. Στο χώρο των επαγγελματιών υγείας έχουν αναπτυχθεί ψηφιακές εφαρμογές που περιέχουν ενημερωτικά στοιχεία για τις επιδράσεις της χρήσης τους και χρησιμεύουν σαν εργαλεία μείωσης της χρήσης και της πιθανότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Μια τέτοια προσπάθεια σε ευρωπαϊκό επίπεδο είναι η ανάπτυξη ψηφιακής πλατφόρμας εκπαίδευσης το *Dopinglinkiie-module*, που χρησιμοποιήθηκε με στόχο την αύξηση της επίγνωσης των επαγγελματιών υγείας για τους κινδύνους χρήσης των φαρμάκων αύξησης εργασιακών επιδόσεων και

των τρόπων αντιμετώπισης τους. Δοκιμάστηκε πιλοτικά σε 3 χώρες της ΕΕ και στην Αυστραλία με θετικά αρχικά αποτελέσματα, ενώ υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης (Atkinsonetal, 2021).

## **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

Μετά από σχετικό αίτημα του *Ευρωπαϊκού Οργανισμού Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας* (EU-OSHA), παρουσιάστηκε στο πλαίσιο σεμιναρίου, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 11 Ιουνίου 2015 στο Μπιλμπάο έγγραφο συζήτησης που βασίζονταν σε περίληψη εκτενέστερου άρθρου που συνέταξαν ο Δρ. *Kalen Dale* και ο Καθηγητής κ. *Brian Bloomfield* και περιλαμβάνει επιπρόσθετα στοιχεία του *Δικτύου των Εθνικών Εστιακών Πόλων* του EU-OSHA (EU-OSHA, 2015). Λόγω του ενδιαφέροντος προς συζήτηση, ενσωματώνεται το σχετικό υποκεφάλαιο με τίτλο «Επιπτώσεις στην Επαγγελματική Υγεία και Ασφάλεια» σε ελεύθερη μετάφραση:

«Ομως, η χρήση των φαρμάκων αυτών ενέχει και άλλους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στο εργασιακό περιβάλλον.

Οι προστάθειες της διοίκησης για αύξηση της παραγωγικότητας μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τον άμεσο εξαναγκασμό ή την έμμεση παρότρυνση των εργαζομένων για χρήση φαρμάκων (μέσω άσκησης πίεσης για συμμόρφωση προς τις κοινωνικές απαιτήσεις). Κάτι τέτοιο είναι πιθανό λόγω αφενός της διαφοράς ισχύος που χαρακτηρίζει εκ των πραγμάτων τις σχέσεις μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών και, αφετέρου, λόγω του ότι κάνουν χρήση και τα ίδια τα διοικητικά στελέχη. Ως εκ τούτου, υπονομεύεται σε σημαντικό βαθμό η δυνατότητα των εργαζομένων να επιλέξουν και να αποφασίσουν, με αρνητικές συνέπειες για την κινητοποίηση και την αφοσίωσή τους.

Οι εργαζόμενοι που κάνουν χρήση φαρμάκων βελτίωσης των επιδόσεών τους αποκτούν ένα αθέμιτο πλεονέκτημα, το οποίο τους εξασφαλίζει ενδεχομένως ευνοϊκότερη μεταχείριση από τη διοίκηση, εις βάρος των συναδέλφων τους που δεν κάνουν χρήση.

Ενίοτε οι χρήστες αντιμετωπίζονται ως υποδειγματικοί υπάλληλοι, γεγονός το οποίο μπορεί να ανεβάσει τον πήχη των προσδοκιών της διοίκησης σε επίπεδα που δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς φάρμακα, με ενδεχόμενη συνέπεια τη δημιουργία στον εργασιακό χώρο, ενός κλίματος μειωμένης ανοχής προς τους εργαζόμενους που αποκλίνουν από τον μέσο όρο (για παράδειγμα λόγω αναπηρίας ή ηλικίας).

Υπάρχει επίσης η πιθανότητα τα φάρμακα βελτίωσης των εργασιακών επιδόσεων να χρησιμοποιούνται ως «λύση» για τα οργανωτικά ή διοικητικά προβλήματα μιας επιχείρησης, υποκαθιστώντας την εφαρμογή προληπτικών μέτρων και κατάλληλων διαδικασιών οργάνωσης της εργασίας, όπως η αναπροσαρμογή των ωραρίων, η εξασφάλιση επαρκούς χρόνου διαλειμμάτων για ανάπαυση και η

εκπαίδευση των εργαζομένων σε βάρδιες, ώστε να διαχειρίζονται τον κύκλο ύπνου - εγρήγορσης (κιρκάρδιος ρυθμός).

Ορισμένοι εργαζόμενοι χρησιμοποιούν φάρμακα βελτίωσης των γνωστικών λειτουργιών για να διατηρήσουν τις επιδόσεις τους στα συνήθη επίπεδά τους, ενώ άλλοι για να τα υπερβούν. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις οι εργαζόμενοι προσπαθούν να προσαρμοσθούν στις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος, αντί να προσαρμόζουν την εργασία τους στις δικές τους ανάγκες.

Η βελτίωση των εργασιακών επιδόσεων μέσω της λήψης φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει στην καλλιέργεια μιας νοοτροπίας ενθάρρυνσης της υπερωριακής εργασίας, της διαρκούς αύξησης του εργασιακού φόρτου, της εντατικοποίησης των ρυθμών εργασίας κ.λ.π. Μακροπρόθεσμα, η νοοτροπία αυτή υπονομεύει τόσο την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων (π.χ. εργασιακή εξουθένωση και αβίαστα λάθη), όσο και τη φήμη μιας επιχείρησης.

Αυτήν τη στιγμή δεν κυκλοφορεί στην αγορά κάποια συγκεκριμένη ομάδα φαρμάκων τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών. Το σκοπό αυτόν εξυπηρετούν συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία όμως χρησιμοποιούνται για μη εγκεκριμένες ενδείξεις, τα μη συνταγογραφούμενα συμπληρώματα διατροφής και άλλες ουσίες. Οι προσεγγίσεις για την προστασία της *επαγγελματικής ασφάλειας και της υγείας* (E.A.Y.) πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο την πολυμορφία της αγοράς όσο και την έλλειψη ιατρικής καθοδήγησης.

Σε ό,τι αφορά τη διαχείριση της E.A.Y. η χρήση ουσιών βελτίωσης των γνωστικών λειτουργιών θέτει ζητήματα που σχετίζονται με τις προβλέψεις για την καλή διαβίωση και την υγεία των εργαζομένων όσο και με τον έλεγχο της χρήσης ουσιών στους χώρους εργασίας.

Στις υφιστάμενες προσεγγίσεις για την E.A.Y. γίνεται συνήθως η παραδοχή ότι η χρήση ουσιών (περιλαμβανομένου του οινοπνεύματος) γίνεται κυρίως εκτός χώρων εργασίας και ότι η χρήση τους στο εργασιακό περιβάλλον αποτελεί πρόβλημα λόγω του ότι επηρεάζει αρνητικά τις εργασιακές επιδόσεις. Αντίθετα, όμως, οι εργαζόμενοι χρησιμοποιούν τις ουσίες αυτές ακριβώς για να ανταποκριθούν στις εργασιακές απαιτήσεις ή για να βελτιώσουν τις εργασιακές τους επιδόσεις, ενίοτε με τη ρητή ή σιωπηρή παρότρυνση ή ανοχή του εργοδότη. Συνεπώς, εφόσον οι υφιστάμενες πολιτικές και οι προσεγγίσεις συσχετίζουν τη χρήση φαρμάκων με την υποβάθμιση των εργασιακών επιδόσεων στους χώρους εργασίας (αν και αυτό δεν είναι τεκμηριωμένο στην πράξη), δεν αποτελούν πρόσφορη βάση για την επεξεργασία πολιτικών, οι οποίες στοχεύουν σε ουσίες που υποτίθεται ότι βελτιώνουν τις επιδόσεις και την ασφάλεια των εργαζομένων.

Επιπλέον, οι προσεγγίσεις που είθισται να εφαρμόζονται σε σχέση με τη χρήση ουσιών στο εργασιακό περιβάλλον επικεντρώνονται συνήθως σε μεμονωμένους εργαζόμενους τους οποίους αντιμετωπίζουν ως τοξικομανείς, οι οποίοι είτε υπόκεινται σε πειθαρχικές διαδικασίες είτε εντάσσονται σε προγράμματα

αποκατάστασης. Οι προσεγγίσεις αυτού του είδους είναι αποσπασματικές και παραβλέπουν την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως και την αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων και των συνθηκών εργασίας. Η ένταξη μεμονωμένων υπαλλήλων σε προγράμματα προαγωγής της καλής διαβίωσης ή της υγείας δεν επαρκεί ως λύση για την αντιμετώπιση της χρήσης φαρμάκων ενίσχυσης των γνωστικών λειτουργιών στον εργασιακό χώρο.

Από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την κατάχρηση ουσιών στους εργασιακούς χώρους, προκύπτει ότι η συμπεριφορά των εργαζόμενων αυτών συνδέεται με τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Για τη λήψη μέτρων προφύλαξης της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας πρέπει να εντοπισθούν και να αναπροσαρμοσθούν οι εργασιακές συνθήκες που ωθούν τους εργαζόμενους στη χρήση φαρμάκων ενίσχυσης των γνωστικών λειτουργιών, όπως οι πολύωρες βάρδιες, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις ή η πίεση για την αύξηση της παραγωγικότητας.

Ένα ακόμη ζήτημα που αφορά τους εργοδότες είναι το πώς και σε ποιο βαθμό μπορούν να γνωρίζουν ότι οι εργαζόμενοι των επιχειρήσεών τους κάνουν χρήση φαρμακοδιεγερτικών ουσιών για σκοπούς βελτίωσης των εργασιακών τους επιδόσεων.

Ακόμη και εάν ληφθούν μέτρα επίβλεψης της υγείας, το πρόβλημα είναι ότι οι αναφερόμενες περιπτώσεις ενδέχεται να μην αποτυπώνουν τον πραγματικό αριθμό, καθώς οι εργαζόμενοι μπορεί να μην θέλουν να συνδεθεί το όνομά τους με τη χρήση φαρμακοδιεγερτικών ουσιών ή να μην θεωρούν τις ουσίες αυτές «ναρκωτικές ουσίες».

Στο επίκεντρο της ίδιας προβληματικής βρίσκεται και το ακανθώδες ζήτημα του ελέγχου της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Οι προσεγγίσεις και οι πρακτικές των διαφόρων χωρών όσον αφορά τον έλεγχο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στον εργασιακό χώρο ποικίλλουν. Ειδική νομοθεσία στον τομέα αυτόν εφαρμόζεται μόνο στην Ιρλανδία, τη Φινλανδία και τη Νορβηγία. Σε άλλες χώρες υιοθετούνται πιο συμβιβαστικές προσεγγίσεις, οι οποίες σταθμίζουν την υποχρέωση διασφάλισης της υγείας και της ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον με το άκρως ευαίσθητο ζήτημα των ατομικών ελευθεριών.

Ομοίως, επιχειρείται εξισορρόπηση μεταξύ της συναίνεσης του εργαζομένου και του θεμελιώδους δικαιώματός του στην προστασία της ιδιωτικής του ζωής. Σε γενικές γραμμές, στις προσεγγίσεις που ακολουθούνται στην Ευρώπη αποφεύγεται συνήθως η διαδεδομένη στις Η.Π.Α. πρακτική των τυχαίων ελέγχων των εργαζομένων.

Ως επί το πλείστον προτιμώνται πιο ρεαλιστικές προσεγγίσεις, οι οποίες εστιάζουν στα επαγγέλματα που θεωρούνται «κρίσιμα» από άποψη ασφάλειας, καθώς και στην υγεία και την ευημερία των εργαζομένων σε ατομικό επίπεδο.

Κατά τους ελέγχους που διενεργούνται συνήθως δεν μετράται η ποσότητα των ουσιών στον οργανισμό ενός ατόμου, αλλά η ποσότητα των ενζύμων στα οποία

μεταβολίζονται οι ουσίες. Αυτό σημαίνει ότι οι έλεγχοι αυτοί δεν ανιχνεύουν τυχόν βλάβη ή χρήση τη στιγμή της εξέτασης. Εξάλλου, υπάρχει το πρόβλημα των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

Για όλους αυτούς τους λόγους καθίσταται προφανές ότι η θέσπιση τυχαίων ελέγχων ναρκωτικών ουσιών στους χώρους εργασίας ανά την Ευρώπη, ως απόκριση στην αυξανόμενη χρήση φαρμακοδιεγερτικών ουσιών, δεν αρκεί από μόνη της για την αντιμετώπιση των κινδύνων για την υγεία και την ασφάλεια και των λοιπών προβλημάτων που δημιουργούνται στους χώρους εργασίας εξαιτίας της χρήσης των ουσιών αυτών».

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα φάρμακα βελτίωσης εργασιακών επιδόσεων συμβάλλουν στην ενίσχυση της σωματικής αντοχής και της γνωσιακής λειτουργίας των εργαζομένων. Σημαντικό μερίδιο της χρήσης τους αντιστοιχεί σε μαθητές, φοιτητές και αθλητές με στόχο τη βελτίωση των ακαδημαϊκών και αθλητικών τους επιδόσεων.

Στην κατηγορία των φαρμάκων βελτίωσης εργασιακών επιδόσεων ανήκουν ουσίες με διεγερτική δράση στο ΚΝΣ όπως οι αμφεταμίνες, οι οποίες συνήθως συνταγογραφούνται για χρήση από άτομα που πάσχουν από ΔΕΠΥ.

Η μη ιατρική χρήση των αμφεταμινών για βελτίωση των εργασιακών επιδόσεων αυξάνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια, αλλά η ένταση και η συχνότητα των ανεπιθύμητων επιδράσεων από τη χρήση τους δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Αναφορικά με την υγεία και ασφάλεια στην εργασία η χρήση των φαρμάκων αύξησης εργασιακών αποδόσεων δημιουργεί προκλήσεις: α) στην απόδοση στην εργασία, β) στον έλεγχο της χρήσης τους κατά την εργασία και γ) στην επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων.

Οι εργασιακές συνθήκες στη σύγχρονη κοινωνία μεταβάλλονται συνεχώς και οι απαιτήσεις για υψηλή απόδοση και αντοχή για μεγάλα χρονικά διαστήματα συνεχώς αυξάνονται, οδηγώντας στην ανάγκη χρήσης μεθόδων προσαρμογής των εργαζομένων στις μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Η ευεργετική επίδραση των αμφεταμινών στην απόδοση στην εργασία είναι παροδική και συνοδεύεται συχνά από ανεπιθύμητες επιδράσεις, όπως κόπωση, επαγγελματική εξάντληση, ταχυκαρδία, υπερθερμία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αλλαγές διάθεσης, ευερεθιστότητα και συγκρουσιακές σχέσεις με συναδέλφους.

Ο έλεγχος χρήσης των ουσιών αυτών αποτελεί βασικό στοιχείο των διαδικασιών υγείας και ασφάλειας στην εργασία, αλλά η αναφορά της χρήσης τους (κυρίως της μη ιατρικής χρήσης) και η διαδικασία εργαστηριακών ελέγχων σε βιολογικά δείγματα για τον καθορισμό των επιπέδων των φαρμάκων αύξησης εργασιακής απόδοσης παρουσιάζει πολλές προκλήσεις.

Η παροχή υπηρεσιών επίβλεψης υγείας των εργαζομένων είναι υποχρέωση του εργοδότη, σχετίζεται άμεσα με τη διατήρηση της υγείας των εργαζομένων και



περιλαμβάνει της ιατρική επίβλεψη, αλλά και την υλοποίηση δράσεων πρόληψης έναντι της έκθεσης των εργαζομένων σε επαγγελματικούς κινδύνους και εφαρμογή παρεμβάσεων στην κατεύθυνση αυτή.

Το επίπεδο υγείας και ασφάλειας ενός οργανισμού αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ευεξίας των εργαζομένων σε αυτόν. Η διαχείριση της ασφάλειας αναφορικά με τη χρήση των αμφεταιμινών στο χώρο εργασίας οφείλει να δώσει προτεραιότητα στη διαμόρφωση κουλτούρας ασφάλειας εντός του οργανισμού. Στη γραμμή αυτήν η εκπαίδευση των εργαζομένων στην κατανόηση των πρωτοκόλλων ασφαλείας και στην αναγκαιότητα εφαρμογής του είναι εξαιρετικά σημαντική. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τακτικές συναντήσεις, ασκήσεις ετοιμότητας και συμμετοχική διαδικασία εκτίμησης κινδύνων στην εργασία. Πρέπει, επίσης, να υπάρχει άτομο εντεταλμένο για την επίβλεψη τήρησης των κανόνων υγείας και ασφάλειας ανά θέση εργασίας. Ειδικά για τη χρήση των αμφεταιμινών ως μέσο ενίσχυσης της εργασιακής απόδοσης, πρέπει να γίνεται εκπαίδευση σχετικά με τους κινδύνους από τη μη ιατρική χρήση των διεγερτικών ουσιών και να δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αναγνώρισης των συμπτωμάτων κατάχρησης με σκοπό να αναζητηθεί βοήθεια το συντομότερο δυνατό. Προτεραιότητα στη διαδικασία αυτή πρέπει να δίνεται στους εργαζόμενους με υψηλή πιθανότητα χρήσης αμφεταιμινών. Παράλληλα, είναι χρήσιμο να γίνεται ειδική επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, ειδικά αυτών που ασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και όσων ασχολούνται με την επαγγελματική υγεία, στην αναγνώριση των συμπτωμάτων κατάχρησης ουσιών και στην αντιμετώπισή τους.

Άλλο σημείο παρέμβασης στο πλαίσιο της ασφαλούς εργασίας είναι η διασφάλιση εργονομικού περιβάλλοντος εργασίας όπου θα απομακρύνονται κίνδυνοι πρόκλησης εργατικού ατυχήματος (καθαριότητα και τακτοποίηση εργασιακού χώρου, χρήση εργονομικών εργαλείων, συντήρηση μηχανημάτων, σήμανση επικινδύνων σημείων ή διαδικασιών) η παρουσία των οποίων σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις χρήσης αμφεταιμινών αυξάνουν την πιθανότητα τραυματισμού.

Παρεμβάσεις στο ρυθμό και στις απαιτήσεις της εργασίας σε συνδυασμό με την εκτίμηση κινδύνου έκθεσης σε αυξημένα επίπεδα στρες, σε υψηλές απαιτήσεις παραγωγικότητας και σε παρατεταμένη εργασία μειώνουν την ανάγκη χρήσης φαρμάκων βελτίωσης εργασιακών επιδόσεων.

Η ανοικτή επικοινωνία των εργαζομένων με την ομάδα υγείας και ασφάλειας του χώρου εργασίας, η διενέργεια εργαστηριακών ελέγχων για την ανίχνευση φαρμάκων που αυξάνουν την εργασιακή απόδοση και η επιβράβευση για την επίτευξη στόχων, αποτελούν επιλογές παρεμβάσεων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και ασφάλειας στην εργασία.

Η διασφάλιση υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος είναι αποτέλεσμα συλλογικής προσπάθειας. Η χρήση αμφεταιμινών σαν φάρμακα αύξησης της εργασιακής

απόδοσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα αποσταθεροποίησης του επιπέδου υγείας και ασφάλειας σε κάθε εργασιακό χώρο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει η χρήση τους να αποθαρρύνεται. Στην κατεύθυνση αυτήν η διεξαγωγή μελετών για την καταγραφή της συχνότητας και τις συνθήκες χρήσης τους σε διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα και σε διαφορετικές ομάδες εργαζομένων θα δώσει χρήσιμα στοιχεία βάσει των οποίων θα καταστεί δυνατός ο σχεδιασμός αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Acosta D.L., Fair C.N., Gonzalez C.M., Iglesias M., Maldonado N., Schenkman N., Valle S.M., Velez J.L. and Mejia L.** (2019). Nonmedical use of d-Amphetamines and Methylphenidate in Medical Students. *P R Health Sci J.* **38**(3):185-188.
2. **Arria A.M., Caldeira K.M., Vincent K.B.** et al. (2017). Do college students improve their grades by using prescription stimulants nonmedically? *Addict Behav.* **65**:245-249.
3. **Atkinson A.M., van de Ven K., Cunningham M., de Zeeuw T., Hibbert E., Forlini C., Barkoukis V. and Sumnall H.R.** (2021). Performance and image enhancing drug interventions aimed at increasing knowledge among healthcare professionals (HCP): reflections on the implementation of the Dopinglinkki e-module in Europe and Australia in the HCP workforce. *International Journal of Drug Policy.* **95**:103141.
4. **Baker L., Prevatt F. and Proctor B.** (2012). Drug and alcohol use in college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders.* **16**(3):255-263.
5. **Bassetti C.L.A., Kallweit U., Vignatelli L., Plazzi G., Lecendreux M., Baldin E., Dolenc - Groselj L., Jennum P., Khatami R., Manconi M., Mayer G., Partinen M., Pollmächer T., Reading P., Santamaria J., Sonka K., Dauvilliers Y. and Lammers G.** (2021). European guideline and expert statements on the management of narcolepsy in adults and children. *Eur J Neurol.* **28**(9):2815.
6. **Bennett J. and O'Donovan D.** (2001). Substance misuse among health care workers. *Current Opinion in Psychiatry.* **14**:195-199.
7. **Berezanskaya, J., Cade, W., Best, T.M.** et al. (2022). ADHD Prescription Medications and Their Effect on Athletic Performance: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med - Open.* **8**:5.
8. **Bett W.R.** (1946). Benzedrine sulphate in clinical medicine: A survey of the literature. *Postgrad Med J.* **22**:205-218.
9. **Biederman J., Faraone S.V., Spencer T.J., Mick E., Monuteaux M.C. and Aleardi M.** (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry.* **67**(4):524-540.
10. **Bower E.A. and Phelan J.R.** (2003). Use of amphetamines in the military environment. *Lancet.* **362**(Suppl):s18-19.
11. **Bradley C.** (1937). Behaviour of children receiving Benzedrine. *Am J Psychiat.* **94**:577-585.
12. **Castells X., Cunill R., Pérez - Mañá C., Vidal X. and Capellà D.** (2016). Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* **9**(9):CD007380.
13. **Castells X., Blanco - Silvente L. and Cunill R.** (2018). Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* **8**(8):CD007813.
14. **Chandler J.V. and Blair S.N.** (1980). The effect of amphetamines on selected physiological components related to athletic success. *Med Sci Sports Exerc.* **12**(1):65-69.
15. **Coulter A.A., Rebello C.J. and Greenway F.L.** (2018). Centrally Acting Agents for Obesity: Past, Present, and Future. *Drugs.* **78**(11):1113-1132.
16. **Couper F.J., Pemberton M., Jarvis A.** et al. (2002). Prevalence of drug use in commercial tractor-trailer drivers. *J Forensic Sci.* **47**:562-567.

17. **Cunill R., Castells X., Tobias A. and Capellà D.** (2016). Efficacy, safety and variability in pharmacotherapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis and meta-regression in over 9000 patients. *Psychopharmacology (Berl)*. **233**:187-197.
18. **Darke S., Duflou J., Lappin J. and Kaye S.** (2018). Clinical and autopsy characteristics of fatal methamphetamine toxicity in Australia. *J Forensic Sci*. **63**:1466-1471.
19. **Dale K. and Bloomfield B.** (2015). A review on the future of work: performance-enhancing drugs. *Ed. EU-OSHA*. Bilbao.
20. **Dufka F., Galloway G., Baggott M. and Mendelson J.** (2009). The effects of inhaled L-methamphetamine on athletic performance while riding a stationary bike: a randomised placebo-controlled trial. *Br J Sports Med*. **43**(11):832-835.
21. **Emonson D.L. and Vanderbeek R.D.** (1995). The use of amphetamines in U.S. Air Force tactical operations during Desert Shield and Storm. *Aviat Space Environ Med*. **66**(3):260-263.
22. **Eriksson M., Jonsson B., Steneroth G. and Zetterstrom R.** (2000). Amphetamine abuse during pregnancy: environmental factors and outcome after 14-15 years. *Scandinavian Journal of Public Health*. **28**(2):154-157.
23. **Estrada A., Kelley A.M., Webb C.M., Athy J.R. and Crowley J.S.** (2012). Modafinil as a replacement for dextroamphetamine for sustaining alertness in military helicopter pilots. *Aviat Space Environ Med*. **83**(6):556-564.
24. **European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA.** (2022). A review on the future of work: performance-enhancing drugs. *Ed. EU-OSHA*. Bilbao.
25. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA.** (2022). EU Action Plan on Drugs 2017-2020. *Ed. EMCDDA*.
26. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA and Europol** (2020). EU drug markets: Impact of COVID-19. *Ed. Publications Office of the European Union*. Luxembourg.
27. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA** (2022). European Drug Report 2022: Trends and Developments. *Ed. Publications Office of the European Union*. Luxembourg.
28. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA** (2023). Environmental impact of synthetic drug production: analysis of groundwater samples for contaminants derived from illicit synthetic drug production waste, background paper published for the EU Drug Markets Report Amphetamine module. *Ed. Publications Office of the European Union*. Luxembourg.
29. **Fairman K.A., Peckham A.M. and Sclar D.A.** (2020). Diagnosis and Treatment of ADHD in the United States: Update by Gender and Race. *J Atten Disord*. **24**(1):10-19.
30. **Fallah G., Moudi S., Hamidia A. and Bijani A.** (2018). Stimulant use in medical students and residents requires more careful attention. *Caspian J Intern Med*. **9**(1):87-91.
31. **Fond G., Gavaret M., Vidal C., Brunel L., Riveline J.P., Micoulaud - Franchi J.A. and Domenech P.** (2016). (Mis)use of prescribed stimulants in the medical student community: motives and behaviors: a population-based cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. **95**:110.
32. **Fowle D.** (1999). The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a UK report and one's region response. *Alcohol Addiction*. **34**:666-671.

33. **Garasic M.D. and Lavazza A.** (2015). Performance enhancement in the workplace: why and when healthy individuals should disclose their reliance on pharmaceutical cognitive enhancers. *Front Syst Neurosci.* **25**(9):13.
34. **Garnier - Dykstra L.M., Caldeira K.M., Vincent K.B., O'Grady K.E. and Arria A.M.** (2012). Nonmedical use of prescription stimulants during college: Four-year trends in exposure opportunity, use, motives, and sources. *Journal of American college health.* **60**(3):226-234.
35. **Giroto E., Mesas A.E., de Andrade S.M. and Birolim M.M.** (2014). Psychoactive substance use by truck drivers: a systematic review. *Occup Environ Med.* **71**(1):71-76.
36. **Gjerde H., Christophersen A.S., Normann P.T. et al.** (2012). Analysis of alcohol and drugs in oral fluid from truck drivers in Norway. *Traffic Inj Prev.* **13**:43-48.
37. **Green A.L. and Rabiner D.L.** (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics.* **9**:559-568.
38. **Grimmsmann T. and Himmel W.** (2021). The 10-year trend in drug prescriptions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Germany. *Eur J Clin Pharmacol.* **77**(1):107-115.
39. **Guttman E. and Sargent W.** (1937). Observations on Benzedrine. *Brit Med J.* **1**:1013-1015.
40. **Han D.H., McDuff D., Thompson D., Hitchcock M.E., Reardon C.L. and Hainline B.** (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder in elite athletes: a narrative review. *Br J Sports Med.* **53**(12):741-745.
41. **Heal D.J., Smith S.L., Gosden J. and Nutt D.J.** (2013). Amphetamine, past and present. A pharmacological and clinical perspective. *J Psychopharmacol.* **27**(6):479-496.
42. **Karasick A.S., Thomas R.J., Cannon D.L., Fagan K.M., Bray P.A., Hodgson M.J. and Tustin A.W.** (2020). Notes from the Field: Amphetamine Use Among Workers with Severe Hyperthermia - Eight States, 2010-2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* **69**(30):1004-1005.
43. **Kassim F.M.** (2023). Systematic reviews of the acute effects of amphetamine on working memory and other cognitive performances in healthy individuals, with a focus on the potential influence of personality traits. *Hum Psychopharmacol.* **38**(1):e2856.
44. **Kelley - Baker T., Moore C., Lacey J.H. and Yao J.** (2014). Comparing drug detection in oral fluid and blood: data from a national sample of nighttime drivers. *Traffic Inj Prev.* **15**:111-118.
45. **Kooij S.J.J., Bejerot S., Blackwell A., Caci H., Casas - Brugué M., Carpentier P.J. et al.** (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry.* **10**:67.
46. **Labat L., Fontaine B., Delzenne C. et al.** (2008). Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Sci Int.* **174**:90-94.
47. **Mansky P.** (2017). Issues in the recovery of physicians from addictive illnesses. *Psych Quart.* **199**(70):107-122.
48. **Markowitz J.S. and Patrick K.S.** (2017). The clinical pharmacokinetics of amphetamines utilized in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* **27**(8):678-689.
49. **Moffitt T.E., Houts R., Asherson P., Belsky D.W., Corcoran D.L., Hammerle M. et al.** (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry.* **172**:967-977.

50. **Mokaya A.G., Mutiso V., Musau A., Tele A., Kombe Y., Ng'ang'a Z., Frank E., Ndetei D.M. and Clair V.** (2016). Substance Use among a Sample of Healthcare Workers in Kenya: A Cross-Sectional Study. *J Psychoactive Drugs*. **48**(4):310-319.
51. **Ohler N.** (2017). *Blitzed, Drugs in Nazi Germany*. Ed. Penguin.
52. **Patrick M.E., Griffin J., Huntley E.D. and Maggs J.L.** (2018). Energy drinks and binge drinking predict college students' sleep quantity, quality, and tiredness. *Behav Sleep Med*. **16**:92-105.
53. **Pedersen W., Sandberg S. and Copes H.** (2015). High Speed: Amphetamine Use in the Context of Conventional Culture. *Deviant Behavior*. **36**:146-165.
54. **Plumber N., Majeed M., Ziff S., Thomas S.E., Bolla S.R. and Gorantla V.R.** (2021). Stimulant Usage by Medical Students for Cognitive Enhancement: A Systematic Review. *Cureus*. **13**(5):e15163.
55. **Pujalte G., Maynard J.R., Thurston M.J., Taylor W.C. 3rd and Chauhan M.** (2019). Considerations in the care of athletes with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin J Sport Med*. **29**(3):245-256.
56. **Rabiner D.L., Anastopoulos A.D., Costello E.J., Hoyle R.H., McCabe S.E. and Swartzwelder H.S.** (2009). The misuse and diversion of prescribed ADHD medications by college students. *J Atten Disord*. **13**(2):144-153.
57. **Rasmussen N.** (2011). Medical science and the military: the Allies' use of amphetamine during World War II. *J Interdiscip Hist*. **42**(2):205-233.
58. **Rasmussen N.** (2015). Amphetamine-Type Stimulants: The Early History of Their Medical and Non-Medical Uses. *Int Rev Neurobiol*. **120**:9-25.
59. **Renoux C., Shin J.Y., Dell'Aniello S., Fergusson E. and Suissa S.** (2016). Prescribing trends of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in UK primary care, 1995-2015. *Br J Clin Pharmacol*. **82**(3):858-868.
60. **Rooney M., Chronis - Tuscano A. and Yoon Y.** (2012). Substance use in college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. **16**(3):221-234.
61. **Safer D.J.** (2016). Recent trends in stimulant usage. *Journal of Attention Disorders*. **20**(6):471-477.
62. **Sattler S., Sauer C., Mehlkop G. and Graeff P.** (2013). The rationale for consuming cognitive enhancement drugs in university students and teachers. *PLoS One*. **8**:e68821.
63. **Schaufeli W.B. and Taris T.W.** (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In: Bauer G.F. and Hämmig O. (Eds.). *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. pp. 43-68. Ed. Springer. Netherlands.
64. **Simon V., Czobor P., Bálint S., Mészáros A. and Bitter I.** (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. **194**:204-211.
65. **Song P., Zha M., Yang Q., Zhang Y., Li X. and Rudan I.** (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. **11**:04009.
66. **Stockings E., Tran L.T., Santo T. Jr., Peacock A., Larney S., Santomauro D. and Degenhardt L.** (2019). Mortality among people with regular or problematic use of amphetamines: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. **114**(10):1738-1750.

67. **Stone A.M. and Merlo L.J.** (2011). Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *J Clin Psychiatry*. **72**(2):134-139.
68. **Teter C.J., McCabe S.E., Cranford J.A., Boyd C.J. and Guthrie S.K.** (2005). Prevalence and motives for illicit use of prescription stimulants in an undergraduate student sample. *Journal of American College Health*. **53**(6):253-262.
69. **Tidy H.L.** (1938). Discussion on benzedrine: Uses and abuses. *Proc R Soc Med*. **32**:385-398.
70. **Turner M.** (2019). The Treatment of Narcolepsy With Amphetamine-Based Stimulant Medications: A Call for Better Understanding. *J Clin Sleep Med*. **15**(5):803-805.
71. **Tustin A.W., Cannon D.L., Arbury S.B., Thomas R.J. and Hodgson M.J.** (2018). Risk factors for heat-related illness in U.S. workers: an OSHA case series. *J Occup Environ Med*. **60**:e383-389.
72. **Upadhyaya H.P. and Carpenter M.J.** (2008). Is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptom severity associated with tobacco use? *American Journal on Addictions*. **17**:195-198.
73. **West K.S., Lawson V., Swanson A.M., Dunigan A.I. and Roseberry A.G.** (2019). Amphetamine Dose-Dependently Decreases and Increases Binge Intake of Fat and Sucrose Independent of Sex. *Obesity (Silver Spring)*. **27**(11):1874-1882.
74. **Wilens T., Zulauf C., Martelon M., Morrison N.R., Simon A., Carrellas N.W., Yule A. and Anselmo R.** (2016). Nonmedical Stimulant Use in College Students: Association With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Other Disorders. *J Clin Psychiatry*. **77**(7):940-947.
75. **Williamson A.** (2007). Predictors of psychostimulant use by long-distance truck drivers. *Am J Epidemiol*. **166**:1320-1326.
76. **Yildirim R.C.** (2003). Caffeine consumption in drivers of heavy vehicles in Turkey. *Public Health*. **117**:329-332.
77. **Zahnow R., McVeigh J., Ferris J. and Winstock A.** (2017). Adverse Effects, Health Service Engagement, and Service Satisfaction Among Anabolic Androgenic Steroid Users. *Contemporary Drug Problems*. **44**(1):69-83.
78. **Zaretsky D.V., Brown M.B., Zaretskaia M.V., Durant P. and Rusyniak D.E.** (2014). The ergogenic effect of amphetamine. *Temperature*. **1**(3):242-247.

# WORKER HEALTH EFFECTS OF AMPHETAMINOID USE AND PERFORMANCE-ENHANCING

*Iro - Chrysanthi Petouna, Manolis Papadopoulos and T.C. Constantinidis*

Program of Postgraduate Studies on Health and Safety in Workplaces, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Review on the use of work-enhancing drugs used by workers and professionals to cope with high levels of work stress and high performance demands. Such substances, such as amphetamines, are also often used by schoolchildren, students, university professors, military personnel and athletes to enhance their performance. The PubMed and Scopus databases were searched for articles on the use of amphetamines in various occupational groups published since the year 2000. The search was carried out using key words such as amphetamines, work performance, performance enhancing drugs, stimulants, health and safety effects. Amphetamines enhance concentration levels by increasing dopamine and adrenaline levels and enhance the work performance of many professional groups. They increase endurance for long hours of work, reduce the need for sleep and rest, and increase the level of decision-making abilities. Although the medical use of amphetamines is considered safe, non-medical use and abuse is common and often associated with various health risks for workers, including mental health problems, which pose risks to the level of occupational health and safety. Amphetamines are commonly prescribed to treat symptoms in people diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), narcolepsy and obesity. The main negative effects of amphetamine abuse and dependence are loss of appetite, difficulty sleeping, headaches, irritability, nervousness, nausea, mood swings, sudden weight and appetite loss, and difficulty communicating with colleagues. Occupational groups where increased use of amphetamine for performance enhancement has been observed are health care workers, military personnel, long-haul truck drivers, students, medical residents, and athletes. This review describes the occupational health and safety risks of amphetamine use based on published research findings. The use of amphetamines to improve performance at work is often associated with adverse effects such as psychotic episodes, hallucinations and erratic behaviour that increase the risk of occupational accidents. In addition, amphetamine use is associated with sudden cardiac events, high stress levels, disruptive work relationships, and deaths from hyperthermia.



# ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΑ ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

*Γροντή Ζωή<sup>1</sup> και Μαρχαβίλας Παναγιώτης<sup>1,2</sup>*

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διαχείριση Τεχνικών Έργων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ), 2. Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ).

*Περίληψη:* Τα εργοτάξια είναι χώροι που διαρκώς μεταβάλλονται και στους οποίους ελλοχεύουν πολλοί κίνδυνοι για τραυματισμούς και ατυχήματα. Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι ότι οι εργαζόμενοι στα τεχνικά έργα δεν διαθέτουν, κατά πλειοψηφία, εκπαίδευση και ειδικευση. Η εκπαίδευση συνιστά έναν από τους κυριότερους τρόπους για την εξασφάλιση και διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων, μέσω της οποίας δύναται να μειωθούν τα εργατικά ατυχήματα. Στόχοι της εργασίας είναι: (i) Να καταδείξει τη σημασία του σωστού τρόπου εκπαίδευσης των εργαζομένων και να διερευνήσει τα προβλήματα που εμποδίζουν την σωστή εκπαίδευσή τους. (ii) Να παρουσιάσει τις μεθόδους εκπαίδευσης που επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες, τα κριτήρια επιλογής τους, την αποτελεσματικότητά τους και την ανάγκη για αξιολόγησή τους. (iii) Τέλος, να προσφέρει κατευθύνσεις για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε συνίσταται σε δύο πτυχές, ήτοι περιλαμβάνει το θεωρητικό μέρος (μέσω βιβλιογραφικής έρευνας), καθώς και το πρακτικό, μέσω μελέτης περίπτωσης με την μορφή ερωτηματολογίου σε 10 ιδιωτικές εταιρείες που το αντικείμενό τους είναι η εκπαίδευση εργαζομένων σε τεχνικά έργα και συστήματα, σε θέματα ασφάλειας. Τα κύρια συμπεράσματα από την έρευνα είναι (i) το μεγάλο ενδιαφέρον των εργοδοτών για την εκπαίδευση των εργαζομένων τους, (ii) το μεγάλο ενδιαφέρον των εργαζομένων για πρακτική εκπαίδευση, και (iii) το αυξημένο ενδιαφέρον των εργοδοτών για επανεκπαίδευση. Τα κριτήρια επιλογής της μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες είναι κυρίως το είδος του κινδύνου στο τεχνικό έργο, ενώ η μέθοδος εκπαίδευσης που προτιμάται είναι αυτή που περιέχει και πρακτική εξάσκηση για τους εργαζόμενους. Αρνητικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι τα επιδοτούμενα εκπαιδευτικά προγράμματα, μέσω ΚΔΒΜ, παρέχουν μόνο θεωρητική εκπαίδευση. Εν κατακλείδι, η σωστή εκπαιδευτική μέθοδος, αποτελεί επένδυση στην ασφάλεια, την ευημερία και την αποδοτικότητα των εργαζομένων, συμβάλλοντας στην παραγωγικότητα των τεχνικών έργων.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σύμφωνα με την Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία 2016-2020 (ΦΕΚ 3757/25.10.2017), η *Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία* (ΥΑΕ) είναι ο διεπιστημονικός τομέας που στοχεύει στην προστασία της ασφάλειας, της υγείας και της ευεξίας/ ευημερίας των ανθρώπων στο εργασιακό τους περιβάλλον, μέσω της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και της μείωσης των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών. Η επίτευξη ενός ασφαλούς και υγιούς περιβάλλοντος εργασίας αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό κοινωνικοοικονομικής ευημερίας και προόδου σε μια σύγχρονη και ευνομούμενη κοινωνία, ενώ παράλληλα συμβάλλει καθοριστικά στην προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης και της απασχόλησης, μέσω της διασφάλισης της ποιότητας και της παραγωγικότητας στην εργασία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της *Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας* (ILO), κάθε χρόνο 2.340.000 θάνατοι εργαζομένων οφείλονται σε επαγγελματικές ασθένειες και εργατικά ατυχήματα, ενώ σε 160 εκατομμύρια υπολογίζονται οι μη θανατηφόρες επαγγελματικές ασθένειες και σε 270 εκατομμύρια τα εργατικά ατυχήματα. Εκτιμάται ακόμα ότι κάθε χρόνο περίπου 160.000 εργαζόμενοι χάνουν την ζωή τους λόγω επαγγελματικών ασθενειών και περισσότεροι από 4.000 εργαζόμενοι λόγω εργατικών ατυχημάτων, ενώ πάνω από 3.000.000 εργαζόμενοι παθαίνουν κάποιο σοβαρό ατύχημα κατά την εργασία τους (στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και Υγεία στην Εργασία, EU-OSHA και της Γενικής Διεύθυνσης Απασχόλησης Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής Ένταξης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής). Πολύ σημαντικό ωστόσο είναι και το οικονομικό κόστος αφού σύμφωνα με την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, το συνολικό κόστος των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών ανέρχεται κατά μέσο όρο στο 4% του ΑΕΠ, ενώ σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό EU-OSHA, το κόστος αυτό κυμαίνεται μεταξύ 2.6 - 3.8% του ΑΕΠ. Τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες εκτιμάται ότι σε ετήσια βάση κοστίζουν στην οικονομία της ΕΕ τουλάχιστον 490 δισ. ευρώ.

Οι εργαζόμενοι σε τεχνικά έργα αντιμετωπίζουν ποικίλους κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων πτώσεων, τραυματισμών και εκρήξεων. Σύμφωνα με την Δόση - Σιββά (2007), τα εργοτάξια είναι χώροι που μεταβάλλονται συνεχώς. Οι εργαζόμενοι στους χώρους αυτούς δεν διαθέτουν, κατά μεγάλη πλειοψηφία, εκπαίδευση και ειδικευση. Η εκπαίδευση συνιστά έναν από τους κυριότερους τρόπους για την εξασφάλιση και διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων, μέσω της οποίας δύναται να μειωθούν τα εργατικά ατυχήματα (Δόση - Σιββά, 2007)

Μελετώντας την ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία καθώς και την εθνική νομοθεσία, που αφορούν την εκπαίδευση των εργαζομένων σε τεχνικά έργα, παρατηρούμε ότι περιγράφονται και προβλέπονται αντίστοιχα τα πλαίσια της **εκπαίδευσης** των εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα. Ωστόσο η

υλοποίηση αυτών χωλαίνει και δεν εφαρμόζεται σωστά και μεθοδευμένα. Σύμφωνα με την Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία 2022-2027(ΦΕΚ 4359/17.08.2022), η γενική αξιολόγηση του συστήματος ΥΑΕ στην χώρα μας παρότι λαμβάνει θετικό πρόσημο, ιδίως ως προς την πληρότητα του νομοθετικού πλαισίου και την παρουσία των βασικών θεσμών παροχής υπηρεσιών πρόληψης, ελέγχου και κοινωνικής διαβούλευσης, δεν μπορεί παρά να συνεκτιμήσει και συγκεκριμένες παθογένειες που δυσχεραίνουν ή χαρακτηριστικά που επηρεάζουν εν γένει την λειτουργία του, όπως: α) η πλημμελής εφαρμογή της νομοθεσίας για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία και ο δυσχερής έλεγχος στα τεχνικά έργα, β) η διαχρονική υστέρηση αναφορικά με την υιοθέτηση και εφαρμογή του ισχύοντος θεσμικού και νομοθετικού πλαισίου για την ΥΑΕ από τμήματα του δημόσιου τομέα, όπως στα τεχνικά έργα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, γ) το γεγονός ότι η συμμόρφωση στους κανόνες ΥΑΕ αποτελεί πρωτίστως ζήτημα εμπέδωσης νοοτροπίας (κουλτούρας) πρόληψης και μάλιστα από την αρχή, δεδομένου ότι οι σημερινοί μαθητές και σπουδαστές θα είναι οι αυριανοί εργοδότες και εργαζόμενοι, και συνεπώς, πρέπει ήδη από το σχολικό περιβάλλον να αποκτήσουν παιδεία και νοοτροπία πρόληψης των σχετικών κινδύνων. Αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν ενσωματώσει τις αρχές της ΥΑΕ στα εθνικά προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, ενώ η αντίστοιχη εικόνα στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα χαρακτηρίζεται από περιορισμένες απόπειρες εισαγωγής θεμάτων ΥΑΕ στα προγράμματα σπουδών.

Η έλλειψη εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας σε τεχνικά έργα οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η έλλειψη χρηματικών πόρων και χρόνου από τους εργοδότες. Επίσης η ανεπαρκής προσοχή στην επιμόρφωση των εργαζομένων, μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχημένες εκπαιδευτικές προσπάθειες και σε αμέλεια ή αδιαφορία σε σχέση με τις διαδικασίες ασφαλείας. Η παροχή κινήτρων και η ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και της συμμετοχής των εργαζομένων μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός πιο ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος. Η επένδυση σε εκπαίδευση αναμένεται να μειώσει τους κινδύνους ατυχημάτων και τους τραυματισμούς, προστατεύοντας έτσι την ασφάλεια και την ευημερία των εργαζομένων.

Στόχος της έρευνας ήταν να επικεντρωθεί στις τεχνικές και τις μεθόδους εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας σε τεχνικά έργα για τη μείωση του κινδύνου ατυχημάτων και τη διασφάλιση της ασφάλειας των έργων. Θα καταδείξει τη σημασία και την αξία του σωστού τρόπου εκπαίδευσης των εργαζομένων και θα διερευνηθούν τα προβλήματα που εμποδίζουν την σωστή και ολοκληρωμένη εκπαίδευσή τους. Επίσης μέσω της παρουσίασης των μεθόδων εκπαίδευσης που επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες, των κριτηρίων επιλογής τους, της αποτελεσματικότητάς τους και της ανάγκης για αξιολόγησή τους, θα προσφέρει κατευθύνσεις για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών

προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης περιλαμβάνει την αναγνώριση κινδύνων, τη χρήση προστατευτικού εξοπλισμού, τις διαδικασίες αντίδρασης σε έκτακτες καταστάσεις και την εφαρμογή πρακτικών ασφαλείας. Οι μέθοδοι εκπαίδευσης περιλαμβάνουν προγράμματα εκπαίδευσης με εκπαιδευτές, διαδικτυακές εκπαιδευτικές πλατφόρμες, εκπαιδευτικά βίντεο, ενδοεταιρικές εκπαιδευτικές δραστηριότητες κ.τ.λ. Τα ανωτέρω εξασφαλίζονται μέσω της υιοθέτησης της κατάλληλης εθνικής νομοθεσίας αλλά και με διαδικασίες πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών (Μουρούτσος, 2013). Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι πρέπει να κατανοήσουν τα πολλαπλά οφέλη της εκπαίδευσης. Μέσω αυτής οι εργαζόμενοι εξοπλίζονται με τις γνώσεις και τις δεξιότητες που χρειάζονται για να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους στην εργασία τους, μαθαίνουν πώς να λειτουργούν με ασφάλεια τον εξοπλισμό και να αντιδρούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των ατυχημάτων. Επιπλέον η εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας βοηθάει τις εταιρείες να συμμορφωθούν με τους κανονισμούς και τις νομοθετικές απαιτήσεις σχετικά με την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία. Έτσι διασφαλίζεται μια ασφαλής και υγιής εργασιακή περιβαλλοντική πολιτική για την προστασία της ζωής και της υγείας των εργαζομένων. Η διπλωματική εργασία θα καταδείξει επίσης πόσο σημαντική είναι η αξιολόγηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης ασφαλείας η οποία πρέπει να είναι διαρκής και συστηματική, προκειμένου να διασφαλισθεί η αποτελεσματικότητα και η συνεχής βελτίωσή τους.

## ***KINΔΥΝΟΙ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΡΓΩΝ***

### ***ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ***

Σύμφωνα με τους Δρίβα και Παπαδόπουλο (2013), στην καθομιλουμένη, η έννοια του *κινδύνου* εκφράζει το «επικείμενο κακό» ή και την «πιθανή δυσάρεστη έκβαση» ενός συμβάντος. Όταν όμως αναφερόμαστε στον «επαγγελματικό κίνδυνο», εννοούμε τον κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, ο οποίος προέρχεται από την έκθεση στους βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος.

Ως «πηγή κινδύνου» χαρακτηρίζεται η εγγενής ιδιότητα ή ικανότητα κάποιου στοιχείου να προκαλέσει βλάβη. Ο «επαγγελματικός κίνδυνος» σχετίζεται με την πιθανότητα ή τη συχνότητα έκθεσης των εργαζομένων σε κάποια πηγή κινδύνου στον εργασιακό χώρο (π.χ. ολισθηρές επιφάνειες, εργαλεία, ηλεκτρικό ρεύμα, χημικές ουσίες, χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, μονότονη ή επαναληπτική εργασία κλπ), καθώς και με τη σοβαρότητα των συνεπειών, δηλαδή τη βιολογική βλάβη που προκλήθηκε από την έκθεση αυτή. Η συνθετική προσέγγιση της

πιθανότητας έκθεσης και της σοβαρότητας των συνεπειών, εκφράζεται από την έννοια της επικινδυνότητας που προσδιορίζει τον βαθμό του επαγγελματικού κινδύνου.

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου είναι μια σύνθετη, διαχρονική και δυναμική διαδικασία αξιολόγησης των κινδύνων του εργασιακού περιβάλλοντος, με σκοπό την προστασία της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων. Δεν πρέπει να κυριαρχήσει η άποψη ότι η εκτίμηση αυτή λειτουργεί μόνο ως μέσο αποθήκευσης τεχνικών πληροφοριών και ότι ως αποτέλεσμα έχει μόνο την εύρεση δεικτών επικινδυνότητας. Τα πληροφοριακά στοιχεία, που προέρχονται από την ανάλυση του εργασιακού περιβάλλοντος και των επιπτώσεων του στην υγεία και την ασφάλεια, κατάλληλα επεξεργασμένα, συντελούν στη συγκρότηση των παρεμβάσεων πρόληψης, που οδηγούν στην προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος στις ανθρώπινες ικανότητες και δυνατότητες.

Αυτές οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ικανές να ανατρέψουν την υπάρχουσα κατάσταση, στοχεύοντας στην απομάκρυνση των ενδογενών κινδύνων κάθε επαγγελματικής δραστηριότητας (στόχος εγγενούς ασφάλειας), δηλαδή να μην περιορίζονται μόνο στη διαχείριση του κινδύνου.

Ο δυναμικός χαρακτήρας των διαδικασιών εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου εκφράζεται μέσω της αξιολόγησης των επεμβάσεων για την προστασία και πρόληψη της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, καθώς και τη διαχρονική παρακολούθηση των βλαπτικών παραγόντων σε σχέση με την προσαρμογή της τεχνολογίας στις νέες παραγωγικές απαιτήσεις.

Η Γραπτή Εκτίμηση Επαγγελματικού Κινδύνου, αναφέρεται στις διατάξεις του Ν. 3850/2010 και αποτελεί εργοδοτική υποχρέωση. Συντάσσεται από τον Τεχνικό Ασφαλείας και τον Ιατρό Εργασίας. Επίσης, αποτελεί βασικό μέσο αυτοελέγχου της κάθε επιχείρησης, εφόσον εξασφαλίζεται η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων, τόσο στις φάσεις του ποιοτικού και ποσοτικού προσδιορισμού των κινδύνων του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και σε αυτές της πρόληψης και προαγωγής της εργασιακής υγείας και ασφάλειας. Ωστόσο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η έλλειψη θεσμοθετημένου επιπέδου ποιότητας για τη Γραπτή Εκτίμηση των Επαγγελματικών Κινδύνων μπορεί να οδηγή στην κατ' όνομα εφαρμογή των διατάξεων της νομοθεσίας, αλλοιώνοντας έτσι, τους βασικούς στόχους των διαδικασιών πρόληψης της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας.

Για να είναι πλήρης και αποτελεσματική η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου πρέπει να είναι μια συλλογική διαδικασία με συγκεκριμένη ακολουθία βασικών ενεργειών.

Οι βασικές ενέργειες περιλαμβάνουν:

- εντοπισμό των πηγών κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων που χαρακτηρίζουν κάθε εργασιακή δραστηριότητα,
- εξακρίβωση των δυνητικών για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων κινδύνων, προερχομένων από τις εργασιακές δραστηριότητες,

- εκτίμηση του μεγέθους του κινδύνου και των επιπτώσεών του στην υγεία και ασφάλεια και

- προγραμματισμό και διαχείριση των διαδικασιών πρόληψης.

Αυτό το σχέδιο εκτίμησης οδηγεί στις εξής πιθανές υποθέσεις κινδύνου για κάθε εργασιακό χώρο ή θέση εργασίας:

- απουσία κινδύνων έκθεσης στον εργασιακό χώρο,

- παρουσία κινδύνων ελεγχόμενης έκθεσης αναφορικά με τα επίπεδα που ορίζει κάθε φορά η εθνική νομοθεσία ή και η διεθνής πρακτική και

- παρουσία κινδύνων μη ελεγχόμενης έκθεσης.

Στην πρώτη περίπτωση δεν αναδεικνύονται κίνδυνοι, οι οποίοι συνδέονται άμεσα με την εργασιακή δραστηριότητα. Στη δεύτερη, οι κίνδυνοι που προκύπτουν από αυτή μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο με την εφαρμογή των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας και σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία και πρακτική σχετικά με την πρόληψη της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων. Στην τρίτη περίπτωση πρέπει να εφαρμοστούν άμεσα οι επεμβάσεις πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου, όπως αυτές καθορίζονται στο άρθρο 42 (παρ. 7) του Ν. 3850/2010 και την εκάστοτε νομοθεσία για την εργασιακή υγεία και ασφάλεια.

Οι κίνδυνοι που πηγάζουν από κάθε επαγγελματική δραστηριότητα για λόγους τακτοποίησης και καταγραφής, μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες ομάδες:

**1. Κίνδυνοι για την ασφάλεια ή κίνδυνοι εργατικού ατυχήματος,** που περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί τραυματισμός ή βλάβη στους εργαζόμενους, ως συνέπεια της έκθεσης στην πηγή κινδύνου. Η φύση της πηγής κινδύνου, καθορίζει την αιτία και το είδος του τραυματισμού ή της βιολογικής βλάβης, που μπορεί να είναι μηχανική, ηλεκτρική, χημική, θερμική κλπ.

**2. Κίνδυνοι για την υγεία** που περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί αλλοίωση στην βιολογική ισορροπία των εργαζόμενων (ασθένεια), συνέπεια της επαγγελματικής έκθεσης σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος.

**3. Εργονομικοί ή εγκάρσιοι κίνδυνοι για την υγεία και την ασφάλεια,** που χαρακτηρίζονται από την αλληλεπίδραση της σχέσης εργαζόμενου και οργάνωσης εργασίας στην οποία είναι ενταγμένος. Οι αιτίες αυτών των κινδύνων εντοπίζονται στην ίδια τη δομή της επαγγελματικής δραστηριότητας, που οδηγεί στην αναγκαστική προσαρμογή του ανθρώπου στις απαιτήσεις της εργασίας.

## **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΑ ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ**

### *Ο ορισμός της εκπαίδευσης*

Η εκπαίδευση των εργαζομένων στα τεχνικά έργα έχει σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας στα τεχνικά έργα. Η εκπαίδευση των

εργαζομένων αποτελεί ένα σημαντικό προληπτικό μέτρο για την αποφυγή ατυχημάτων στα εργοτάξια και διασφαλίζει την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφαλείας στους εργαζομένους.

Ως *εκπαίδευση* ορίζεται η οργανωμένη διαδικασία μάθησης που στοχεύει στην απόκτηση ικανοτήτων και γνώσεων για συγκεκριμένο σκοπό. Η εκπαίδευση στόχο έχει τη μεταφορά γνώσεων και δεξιοτήτων από τον εκπαιδευτή στους εκπαιδευόμενους, μέσω της διδασκαλίας σε ένα ή και περισσότερα αντικείμενα (Μπουραντάς, 2003).

Αντικειμενικός σκοπός της εκπαίδευσης είναι η μεταβολή στη συμπεριφορά των εργαζομένων με τέτοιο τρόπο, ώστε να οδηγήσει στην απόκτηση νέων ικανοτήτων χειρισμού, τεχνικών και διοικητικών γνώσεων και τέλος την ικανότητα από πλευρά των εργαζομένων με τρόπο αποτελεσματικό της επίλυσης προβλημάτων. Με την εκπαίδευση αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η παραγωγικότητα των εργαζομένων με αποτέλεσμα να αυξάνεται η επίδοση της επιχείρησης. Πρόκειται για μία προγραμματισμένη διαδικασία η οποία σκοπεύει στην απόκτηση και βελτίωση των γνώσεων, στην ανάπτυξη ικανοτήτων και επαγγελματικών δεξιοτήτων και στην τροποποίηση της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων (Παπαλεξανδρή και Μπουραντάς, 2002).

Σαφώς, η εκπαίδευση δεν αφορά μόνο τις γνώσεις. Συνδέεται με την απόκτηση των τεχνικών δεξιοτήτων και την ανάπτυξη στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες θα παρέχουν στον εργαζόμενο τα δεδομένα ώστε να γίνει αποτελεσματικός, ποιοτικός και κυρίως, ασφαλής στην εργασία του (Αλεξίου, 2006). Πρόκειται για μια διαδικασία επιτέλεσης δραστηριοτήτων μέσω της οποίας συντελείται η ανάπτυξη δεξιοτήτων, γνώσεων ικανοτήτων, οι οποίες συμβάλουν στην ενίσχυση της ποιότητας της εργασιακής ζωής των εργαζομένων (Karim et al, 2019).

Η εκπαίδευση θα πρέπει να εστιάζεται στο να βοηθάει του εργαζόμενους να εκτελούν τα καθήκοντα τους, τα οποία καθορίζονται από την περιγραφή της θέσης εργασίας ή στο να αναπτύσσουν ικανότητες για ευρύτερες αρμοδιότητες πέρα από τα στενά πλαίσια της θέσης εργασίας τους (Mondy and Mondy, 2011).

Η εκπαίδευση, όπως καθίσταται σαφές συνιστά υψηλή προτεραιότητα, η οποία θα πρέπει να ενεργοποιείται διαρκώς, καθώς κάθε επιχείρηση, κάθε οργανισμός και εργοτάξιο απαιτεί την παρουσία και τη σύμπραξη καλά εκπαιδευμένων υπαλλήλων, οι οποίοι θα εργάζονται με αποτελεσματικότητα, παραγωγικότητα και κυρίως με ασφάλεια (Δόση - Σιββά, 2007).

### *Στάδια της εκπαιδευτικής διαδικασίας*

Σύμφωνα με τους Mondy and Mondy (2011), κάθε οργανισμός πρέπει να προσαρμοστεί στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, πραγματοποιώντας τις απαραίτητες εσωτερικές αλλαγές.

Επομένως, τα στάδια της εκπαιδευτικής διαδικασίας ακολουθούν την παρακάτω ιεραρχία:

### *Επίπεδο 1: Προσδιορισμός των εκπαιδευτικών αναγκών:*

Ο εντοπισμός των εκπαιδευτικών αναγκών αποτελεί το πρώτο βήμα της εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση δεν θα πρέπει να αφορά ουτοπικές συνθήκες και καταστάσεις, με τις οποίες ο εργαζόμενος δεν θα έρθει ποτέ σε επαφή, αλλά θα πρέπει να αναφέρεται σε υπάρχουσες και ρεαλιστικές ανάγκες (Brun, 2009). Οι εκπαιδευτικές ανάγκες προσδιορίζονται με τις κάτωθι αναλύσεις (Mondy and Mondy, 2011):

*i) Οργανωσιακή ανάλυση:* αναλύονται η στρατηγική αποστολή, οι σκοποί και τα σχέδια της επιχείρησης, παράλληλα με τα αποτελέσματα του στρατηγικού σχεδιασμού που συνδέονται με την διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού (Mondy and Mondy, 2011). Η οργανωσιακή ανάλυση έχει ως στόχο τον συνδυασμό της υλοποίησης των οργανωσιακών στόχων με το απαιτούμενο ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο αντιμετωπίζεται από την οπτική της ποιότητας των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων του (Mungen and Gurcanli, 2009).

*ii) Ανάλυση καθηκόντων:* επικεντρώνεται στα καθήκοντα που απαιτούνται για να υλοποιηθούν οι στόχοι της επιχείρησης (Mondy and Mondy, 2011). Μελετάται το περιεχόμενο των εργασιών που εκτελούνται σήμερα, όσο και αυτών που προβλέπεται να εκτελεστούν στο άμεσο μέλλον, καθώς και τα προσόντα των εργαζομένων που θα τις εκτελέσουν (Ξηροτύρη - Κουφίδου, 2001).

*iii) Ανάλυση προσόντων και ικανοτήτων των εργαζομένων:* αναλύονται οι δεξιότητες και οι προσωπικές ανάγκες για εκπαίδευση του κάθε εργαζόμενου. Αυτό πραγματοποιείται μέσω προσωπικών, εξατομικευμένων συνεντεύξεων είτε μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, το οποίο θα παρέχεται από τους προϊστάμενους των υπαλλήλων αλλά και από λοιπούς φορείς, προκειμένου να προσδιορισθούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες των εργαζομένων (Σαΐνη και συν., 2004). Σκοπός της ανάλυσης είναι να διαπιστωθούν ελλείψεις στις ικανότητες των εργαζομένων στο παρόν σε σχέση με τις προσδοκώμενες (Ξηροτύρη - Κουφίδου, 2001).

### *Επίπεδο 2: Καθορισμός των ειδικών σκοπών της εκπαίδευσης:*

Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να έχει ξεκάθαρους στόχους στους οποίους θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί. Αν αυτά δεν πληρούνται, από τον εργασιακό χώρο ή έναν οργανισμό, ο σχεδιασμός ενός λειτουργικού και αξιόπιστου εκπαιδευτικού προγράμματος δεν μπορεί να υλοποιηθεί (Ismail, Doostdar and Harun, 2012). Επομένως, γίνεται δύσκολη η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του και αυτό ενέχει σοβαρούς κινδύνους για την ακεραιότητα των εργαζομένων και για τη διασφάλιση του έργου (Rowilson and Jia, 2015).

### *Επίπεδο 3: Επιλογή μεθόδων εκπαίδευσης και μέσων παροχής εκπαιδευτικού υλικού:*

Αφού έχουν καθοριστούν οι ανάγκες και οι στόχοι της εκπαίδευσης η διοίκηση επιλέγει τις κατάλληλες μεθόδους και τα μέσα υλοποίησης των σχετικών προγραμμάτων (Mondy and Mondy, 2011). Η εκπαίδευση των εργαζομένων δεν είναι ίδια προς όλους. Διαφορετικό περιεχόμενο έχει η εκπαίδευση που λαμβάνει ένας απλός υπάλληλος από ένα ανώτερο στέλεχος (Καλαμπούκας και συν., 2003).



#### *Επίπεδο 4: Υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων:*

Η υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι μια αρκετά δύσκολη διαδικασία (Δόση - Σιββά, 2007). Σύμφωνα με τους Mondy and Mondy, 2011 οι δυσκολίες είναι οι κάτωθι:

- Οι μάντζερς θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να σπαταλούν τον πολύτιμο χρόνο τους για να εκπαιδεύσουν τους υφισταμένους τους.
- Οι εκπαιδευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τη φιλοσοφία της εταιρείας, τους στόχους της, την τυπική και άτυπη ιεραρχία και τους σκοπούς του εκπαιδευτικού προγράμματος.
- Η εκπαίδευσης συνεπάγεται αλλαγή στην οποία οι εργαζόμενοι είναι πιθανό να αντισταθούν.
- Ο κάθε εργαζόμενος έχει καθορισμένα καθημερινά καθήκοντα και αυτό κάνει δύσκολο το να προγραμματιστεί η εκπαίδευση κάτω από τις συνήθεις εργασιακές συνθήκες.
- Είναι σημαντικό επίσης να τηρείται η υποχρεωτική τήρηση αρχείου για τα εκπαιδευτικά προγράμματα που πραγματοποιούνται.

#### *Επίπεδο 5: Αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων:*

Η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σύμφωνα με τους Παπαλεξανδρή και Μπουραντά (2003) είναι η διαδικασία απόκτησης πληροφοριών για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, και η αποτίμηση της αξίας του προγράμματος σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς στόχους. Η αξιολόγηση δηλαδή σημαίνει απόφαση σχετικά με το εάν η εκπαίδευση άξιζε την προσπάθεια και τους πόρους που διατέθηκαν, και τί βελτιώσεις χρειάζονται για να κάνουν την εκπαίδευση πιο αποτελεσματική στο μέλλον.

#### *Μέθοδοι εκπαίδευσης των εργαζομένων*

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης των εργαζομένων επιλέγονται ανάλογα με τη φύση της εργασίας του κάθε εργαζόμενου.

Επίσης πρέπει να εξετασθεί εάν η εκπαίδευση θα λάβει χώρα εντός ή εκτός του προβλεπόμενου εργασιακού ωραρίου καθώς και η χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης και ο χώρος που θα πραγματοποιηθεί. Θα πρέπει να τονισθεί πως υφίστανται περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν είναι εφικτό για τον υπάλληλο να εκπαιδευτεί τις ώρες που εργάζεται (Μαρχαβίλας, 2009).

Επίσης πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα πραγματοποιούνται εκτός του εργασιακού χώρου και είτε είναι εσωτερικά (in-house) ή ανατίθεται σε εξωτερικούς συνεργάτες. Υπάρχουν και περιπτώσεις που η εκπαίδευση πραγματοποιείται κατά την εκτέλεση της εργασίας. Αυτό, όμως που είναι καίριας σημασίας είναι να αποσαφηνισθεί ο τρόπος υλοποίησης της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Δρίβας και Παπαδόπουλος, 2007).

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης των εργαζομένων είναι οι κάτωθι:

- *Θεωρητική εκπαίδευση ή εκπαίδευση μέσω εκπαιδευτή (instructor - Led)*  
Ένα πλεονέκτημά της μεθόδου αυτής είναι το γεγονός ότι ο εκπαιδευτής μπορεί να μεταφέρει πολλές πληροφορίες σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (Mondy and Mondy, 2011). Η εκπαίδευση πραγματοποιείται σε αίθουσες διδασκαλίας με τη μορφή σεμιναρίων, συνεδρίων, συζητήσεων και διαλέξεων. Εφαρμόζεται παράλληλα με τα περισσότερα προγράμματα εκπαίδευση και πολλά από αυτά ξεκινούν με θεωρητική κατάρτιση. Αποτελεί γρήγορη και απλή μέθοδο εκμάθησης, ιδιαίτερα όταν ο αριθμός των εκπαιδευόμενων είναι μεγάλος (Μουζά - Λαζαρίδη, 2013). Βασίζεται στην εκμάθηση των κινδύνων που ελλοχεύουν σε έναν εργασιακό χώρο, όπως και στους τρόπους αντιμετώπισης αυτών (Tender and Couto, 2016).
- *Εκπαίδευση μέσω Περιπτώσεων (Case studies)*  
Ο εκπαιδευόμενος αναλύει τα στοιχεία που του δίνονται για συγκεκριμένη περίπτωση και παίρνει αποφάσεις στηριζόμενος σε αυτή. Συνήθως η συγκεκριμένη μέθοδος πραγματοποιείται σε αίθουσες διδασκαλίας με την υποστήριξη ενός εκπαιδευτή, ο οποίος έχει τον ρόλο του μεσολαβητή (Seo et al, 2015). Σκοπός της μεθόδου αυτής είναι η ανάλυση και η σύνθεση των στοιχείων του προβλήματος από τον εκπαιδευόμενο ώστε να εμπεδώσουν πόσο πολύπλοκο είναι το πρόβλημα και πόσοι πολλοί παράγοντες διαδραματίζουν ρόλο κατά την λήψη αποφάσεων από τους ανωτέρους και να προταθούν λύσεις. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων, που περιλαμβάνουν τις αιτίες πρόκλησης αλλά και τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισής τους, οι εργαζόμενοι θα μπορούσαν να διαχειριστούν αντίστοιχες καταστάσεις.
- *Μοντελοποίηση της συμπεριφοράς (Behavior Modeling)*  
Οι εκπαιδευόμενοι παρακολουθούν σε βίντεο μια υποδειγματική συμπεριφορά με στόχο να την χρησιμοποιήσουν στον χώρο εργασίας τους (Goh and Ubeynarayana, 2017). Η μέθοδος αυτή βασίζεται στη λογική ότι μαθαίνει κανείς καλύτερα παρατηρώντας - βλέποντας, παρά ακούγοντας παθητικά τον διδάσκοντα (Χυτήρης, 2001). Στην μέθοδο αυτήν ο εκπαιδευόμενος καλείται να αντιγράψει υποδειγματικές συμπεριφορές άλλων, σε αντίστοιχες περιπτώσεις. Αυτή είναι μια επιτυχημένη εκπαιδευτική μέθοδος, που μέρος της επιτυχίας της πηγάζει από το γεγονός ότι εφαρμόζει πολλές από τις αρχές της μάθησης (Παπαλεξανδρή και Μπουραντάς, 2003).
- *Υπόδυση Ρόλων (role playing)*  
Με τη μέθοδο αυτήν οι εκπαιδευόμενοι υποδύονται έναν συγκεκριμένο ρόλο σε μια φανταστική ιστορία, διαχειρίζοντας μέσω του ρόλου αυτού καταστάσεις που σχετίζονται με πραγματικά προβλήματα του εργοταξίου ή του οργανισμού (Fuente et al, 2014).
- *Επιχειρηματικά παιχνίδια (Business Games)*  
Η μέθοδος αυτή αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1950, στην Αμερική, εφαρμόζεται ευρύτατα και σήμερα έχουν αναπτυχθεί παιχνίδια όχι μόνο γενικής χρήσης αλλά και ειδικά για επιμέρους βιομηχανικούς κλάδους (Χυτήρης, 2001). Οι εκπαιδευόμενοι διαιρούνται σε «εταιρείες» των πέντε ή έξι ατόμων. Τους δίνεται ένας στόχος, όπως η «μεγιστοποίηση των πωλήσεων» και τους γνωστοποιείται

ότι μπορούν να πάρουν κάποιες συγκεκριμένες αποφάσεις. Για παράδειγμα, επιτρέπεται να αποφασίσουν: α) πόσα να επενδύσουν στη διαφήμιση, β) πόσο να παράγουν, γ) πόσο απόθεμα να διατηρήσουν και δ) τι ποσότητα προϊόντος να παράγουν. Συνήθως το επιχειρηματικό παιχνίδι συμπιέζει δύο ή τριών χρόνων περίοδο σε ώρες, μέρες ή μήνες (Παπαλεξανδρή και Μπουραντάς, 2003).

- *Πρακτική άσκηση (In-basket Training)*

Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως από Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, για να αποκτήσουν πρακτική εμπειρία οι φοιτητές στον τομέα των σπουδών τους. Η διάρκεια αυτής της πρακτικής άσκησης είναι συνήθως από 3-12 μήνες και γίνεται σε συνεργαζόμενες εταιρίες ή οργανισμούς (Παπαλεξανδρή και Μπουραντάς, 2003). Η πρακτική άσκηση ως μέθοδος εκπαίδευσης επιτρέπει στους εκπαιδευόμενους να εφαρμόσουν σε πρακτικό επίπεδο ότι διδάχθηκαν σε θεωρητικό επίπεδο στις αίθουσες διδασκαλίας (Mondy and Mondy, 2011). Σύμφωνα με τον Hansch, 2008, απαιτείται από τον εκπαιδευόμενο να προτεραιοποιητοποιήσει και στη συνέχεια να διεκπεραιώσει διάφορα καθήκοντα, όπως έγγραφα, μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, υπομνήματα, αναφορές και άλλη αλληλογραφία. Τα οφέλη που προκύπτουν από αυτή τη μορφή εκπαίδευσης είναι σημαντικά, τόσο για την επιχείρησης όσο για τους ίδιους τους φοιτητές / σπουδαστές, κάτι το οποίο αναγνωρίζει και η Ευρωπαϊκή Ένωση η οποία τα τελευταία χρόνια χρηματοδοτεί τέτοια προγράμματα εκπαίδευσης (Χυτήρης, 2001).

- *Εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της εργασίας (On-the-Job Training)*

Την εκπαίδευση αναλαμβάνει ένας έμπειρος προϊστάμενος που καθοδηγεί, ενημερώνει, διδάσκει και επεξηγεί στον εκπαιδευόμενο τους τρόπους και τα μέτρα προστασίας, (Μανιάτης, 2008). Ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει να επιτελεί σωστά και με ασφάλεια την εργασία του κατά τη διάρκεια εκτέλεσης της (Mungen and Gurcanlı, 2009). Ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει να τηρεί τα μέτρα ασφαλείας, παράγοντας ταυτόχρονα έργο (Σαΐνης και συν., 2004). Η επιτυχία της συγκεκριμένης μεθοδολογίας εξαρτάται από το διδακτική μεταδοτικότητα του προϊσταμένου ή του οποιουδήποτε επιτελεί το διδακτικό έργο (Chen and Jin, 2015). Μειονεκτεί όμως προς το ότι η επιτυχία της βασίζεται αποκλειστικά στη διδακτική ικανότητα του προϊσταμένου ή του οποιουδήποτε πεπειραμένου υπαλλήλου, η οποία μπορεί να είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη, και ως προς το ότι μπορεί να προκληθεί καταστροφή ακριβών και πολύπλοκων μηχανισμών λόγω απειρίας του εκπαιδευόμενου (Ξηροτύρη - Κουφίδου, 2001).

- *Εναλλαγή των θέσεων εργασίας (Job rotation or Cross-training)*

Σύμφωνα με τον Χυτήρη (2001), με την εναλλαγή των θέσεων εργασίας το στέλεχος αποκτά νέες εμπειρίες και γνώσεις, μειώνεται η ανία από την καθημερινή ρουτίνα και αυξάνεται το ενδιαφέρον και η διάθεσή του να προσφέρει κάτι καινούργιο και διαφορετικό. Ο εκπαιδευόμενος μεταφέρεται από λειτουργία σε λειτουργία και αποκτά εμπειρίες σε διαφορετικά τμήματα, μαθαίνοντας τους

σκοπούς, τους στόχους και τα προβλήματα τους αποκτώντας καλύτερη εικόνα και αντίληψη για όλη την επιχείρηση.

- *Εκπαίδευση ευαισθησίας (sensitivity training)*

Σύμφωνα με την Ξυροτύρη - Κουφίδου, (2001) η μορφή αυτής της εκπαίδευσης βασίζεται στη συζήτηση. Οι εκπαιδευόμενοι αποτελούν μια ομάδα από λίγα μέλη που προτείνουν θέματα που απαιτούν συζήτηση, ενώ ο πρωταρχικός ρόλος του εκπαιδευτή είναι να συντονίζει τη συζήτηση και να παροτρύνει τους συμμετέχοντες να ασκήσουν κριτική, τόσο στη συμπεριφορά τους όσο και σε αυτήν των άλλων μελών της ομάδας. Η μέθοδος αυτή στο παρελθόν εφαρμοζόταν περισσότερο, ενώ έχει θερμούς υποστηρικτές αλλά και αρκετούς επικριτές ως προς την αποτελεσματικότητά της (Χυτήρης, 2001).

- *Εκπαίδευση με μαθητεία (Apprenticeship Training)*

Είναι μια μέθοδος που συνδυάζει την θεωρητική εκπαίδευση στις αίθουσες διδασκαλίας με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας. Είναι αποτελεσματική στην απόκτηση τεχνικών ικανοτήτων και χρησιμοποιείται ευρέως για την εκμάθηση επαγγελματιών πρακτικής φύσης (Mondy and Mondy, 2011).

- *Προγραμματισμένη εκπαίδευση, με χρήση ΗΥ (computer assisted training methods)*

Σύμφωνα με την Μουζά - Λαζαρίδη (2013), ο εκπαιδευόμενος με την καθοδήγηση Η/Υ ή εγχειριδίου, απαντά σε ερωτήσεις και λύνει προβλήματα. Ταυτόχρονα πληροφορείται για το αν είναι σωστές οι απαντήσεις του

- *Καθοδήγηση - κηδεμονία (mentoring)*

Ειδικά επιλεγμένα στελέχη αναλαμβάνουν τον ρόλο μέντορα και καθοδηγούν τους εργαζομένους της επιχείρησης. Σύμφωνα με τον Χυτήρη (2001), η μέθοδος αυτή λειτουργεί άτυπα, όταν ένα ανώτερο ιεραρχικά στέλεχος θεωρεί ότι κάποιον νεότερο στέλεχος έχει την δυνατότητα να εξελιχθεί.

- *Ανάπτυξη της δημιουργικής σκέψης*

Σύμφωνα με την Ξυροτύρη - Κουφίδου (2001), αυτός ο τρόπος εκπαίδευσης των εργαζομένων από πολλούς χαρακτηρίζεται ως «ανιχνευτής ιδεών», διότι οι εργαζόμενοι καλούνται να αναθεωρήσουν τον παγιωμένο τρόπο σκέψης τους και αντιμετώπισης των εργασιακών προβλημάτων και να αναπτύξουν την κρίση τους βρίσκοντας νέες λύσεις κάνοντας πειράματα με τις πληροφορίες που έχουν.

- *Προσωπική καθοδήγηση (Coaching)*

Σύμφωνα με τον Χυτήρη (2001), είναι μια συνεχής εκπαιδευτική διαδικασία πάνω στην δουλειά και θεωρείται η πιο παλιά εκπαιδευτική μέθοδος. Το ανώτερο στέλεχος καθοδηγεί τεχνικά τον υφιστάμενό του, τον κρίνει και τον ενημερώνει για την εξέλιξή του.

## **ΜΕΣΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ**

Η εκπαίδευση των εργαζομένων υλοποιείται μέσω: α) *Εκπαιδευτικών ιδρυμάτων*. Σύμφωνα με την Ξυροτύρη - Κουφίδου, (2001), πολλές επιχειρήσεις στέλνουν τα

στελέχη τους σε Πανεπιστήμια, τεχνικές σχολές κλπ ή γίνονται κύκλοι μαθημάτων από επιστήμονες μέσα στην επιχείρηση, προκειμένου να ενημερωθούν για τις τελευταίες εξελίξεις γύρω από την επιστήμη τους. Σύμφωνα με τους Mondy and Mondy (2011), για δεκαετίες, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, με ειδικούς επιστήμονες, υλοποιούσαν προγράμματα με κύκλους μαθημάτων. β) *Διαδίκτυακή ανωτάτη εκπαίδευση (Online Higher Education)*. Σύμφωνα με τον Anderson, (2008), μέσω του διαδικτύου παρέχονται εκπαιδευτικά προγράμματα και τίτλοι σπουδών. γ) *Σύστημα προκαταρκτικής εκπαίδευσης (vestibule system)*. Σύμφωνα με τους Mondy and Mondy, (2011), ο εκπαιδευόμενος πριν αναλάβει την όποια θέση, εκπαιδεύεται σε έναν εξοπλισμένο χώρο, που είναι ίδιος με τον εργασιακό. Αυτή η μέθοδος είναι κοστοβόρα, διότι απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και επιβαρύνει τις επιχειρήσεις. δ) *Οπτικοακουστικά μέσα (Video Media)*. Είναι ένα ιδιαίτερα διαδομένο μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που υλοποιείται με την χρήση οπτικοακουστικών μέσω (DVD, CD, ταινίες, βιντεοκασέτες), με σεμινάρια ή διαλέξεις. Σύμφωνα με τους Mondy and Mondy, (2011), η μέθοδος μοντελοποίησης συμπεριφοράς χρησιμοποιεί με επιτυχία αυτήν την μέθοδο. ε) *Προσομοιωτές (Simulation)*: ο εκπαιδευόμενος εκπαιδεύεται σε συνθήκες εργασίας παρόμοιες με τις πραγματικές, μέσω προσομοίωσης με ειδικά εργαλεία και λογισμικά. Αυτά μπορεί να είναι από απλά χάρτινα ομοιώματα μηχανημάτων έως ειδικές εγκαταστάσεις. Είναι ιδιαίτερα σημαντικοί μέθοδος, ειδικά σε εργασίες που απαιτούν ειδικούς χειρισμούς, όπως οι πιλότοι αεροσκαφών, που εκπαιδεύονται μέσω προσομοιωτή (Mondy and Mondy, 2011). στ) *Κέντρα αξιολόγησης (assessment centers)*. Αυτά αξιοποιούν μία σειρά από τεστ και ασκήσεις και προσφέρουν μία ολοκληρωμένη και έγκυρη αποτίμηση σχετικά με τις δυνατότητες και τις προοπτικές ενός επαγγελματία σε σχέση με μία συγκεκριμένη θέση εργασίας.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ**

Σύμφωνα με τους Βανταράκη και συν. (2013), η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αποσκοπεί στο να διαπιστωθεί κατά πόσον επετεύχθησαν οι προσδοκώμενοι σκοποί της επιμόρφωσης των εργαζομένων σχετικά με την ασφάλειά τους. Δηλαδή πόσο οι εργαζόμενοι είναι εκπαιδευμένοι για τα μέτρα ασφάλειας στον εργασιακό τους χώρο και πόσο αυτά τα εφαρμόζουν. Επίσης με την αξιολόγηση ελέγχεται κατά πόσον ήταν αποτελεσματική η εκπαιδευτική διαδικασία, ώστε να επιλεγεί ξανά η πιο αποδοτική (Αλεξίου, 2002). Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης είναι η συλλογή στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν την επίτευξη των στόχων του εκπαιδευτικού προγράμματος και εάν αυτό κρίνεται αποτελεσματικό (Χυτήρης, 2001).

Οι βασικοί λόγοι της αξιολόγησης σύμφωνα με τον Rowden (2005), είναι για να αποφασισθεί εάν το πρόγραμμα θα συνεχισθεί, εάν θα πρέπει να γίνουν

αλλαγές σε αυτό για καλύτερα αποτελέσματα και έχει αξία για την εκάστοτε επιχείρηση.

Σύμφωνα με τους Schuler and Jackson (1996), η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων πρέπει να εξετάζει: α) τις αντιδράσεις των εκπαιδευόμενων και κατά πόσον βρήκαν χρήσιμο και αποτελεσματικό το πρόγραμμα (ερωτηματολογία), β) την απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευόμενων, μέσω εξετάσεων και δοκιμασιών για να διαπιστωθεί εάν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις, γ) την αλλαγή συμπεριφοράς τους σε προβλήματα που υπήρχαν πριν την εκπαίδευση και κατά πόσον βελτιώθηκε η συμπεριφορά τους απέναντι στο πρόβλημα μετά την εκπαίδευση, δ) τα αποτελέσματα του προγράμματος, μέσω της σύγκρισης της επίδοσης των ατόμων πριν και μετά την εκπαίδευση και μέσω της σύγκρισης της επίδοσης 2 ομάδων εκ των οποίων η μία έχει εκπαιδευτεί στην συγκεκριμένη εργασία και η άλλη όχι.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αξιολόγησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων με πιο ευρέως εφαρμόσιμο το μοντέλο *Kirkpatrick*. Σύμφωνα με αυτό οι συμμετέχοντες εκφράζουν κατά πόσον ικανοποιημένοι είναι από το εν λόγω εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ελέγχονται σχετικά με τις γνώσεις που αποκόμισαν και για τις αλλαγές στην εργασιακή τους συμπεριφορά και τέλος ελέγχεται πόσο επέδρασε η εκπαίδευση στην απόδοση της εργασίας του εκπαιδευόμενου (Sullivan, 2007).

Σύμφωνα με τους Priyadarshani et al (2013), η αξιολόγηση πρέπει να εκτελεστεί σε δύο στάδια. Μόλις λήξει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αλλά και μετά το πέρας λίγων μηνών, οπότε και θα υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα του εκπαιδευτικού προγράμματος και για το εάν είναι τελικά χρήσιμο.

Σύμφωνα με την Μουζά - Λαζαρίδη (2013), για να αξιολογηθεί ένα πρόγραμμα θα πρέπει: α) να προσδιορισθεί η λειτουργικότητά του, δηλαδή το ποσοστό της επιτυχίας του και ορθολογικότητα της διδαχθείσας ύλης, β) να προσδιορισθεί η καταλληλότητα του προγράμματος και εάν καλύπτει τους προσδοκώμενους στόχους του, γ) να γίνει ανάλυση των αλλαγών των εκπαιδευόμενων, σε σχέση με την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητά τους μετά την παρακολούθηση της εκπαίδευσης και σύγκριση με την περίοδο πριν την εκπαίδευση, δ) να ελεγχθεί κατά πόσο είναι κατανοητά τα εκπαιδευτικά προγράμματα από τους εκπαιδευόμενους και ε) να γίνουν όποιες αλλαγές χρειάζονται στα εκπαιδευτικά προγράμματα που θα εφαρμοσθούν.

#### *ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ.*

Σύμφωνα με τους Ανδρεάδη και Παπαϊωάννου (2004), η εκπαίδευση των εργαζομένων σχετικά με την προστασία και την ασφάλειά τους από πιθανό ατύχημα κατά την εργασία, παρέχει υψηλές επιδόσεις και συμβάλλει στην επιτυχή

ολοκλήρωση του έργου. Μέσω της εκπαίδευσης των εργαζομένων αυξάνεται η αποδοτικότητα τους και αυτό συντελεί στην πρόοδο και την ανάπτυξη των εργοταξίων (Βανταράκης και συν., 2013). Μέσω της εκπαίδευσης οι εργαζόμενοι κατακτούν γνώση και δεξιότητες, αλλάζει η συμπεριφορά τους και μπορούν να εφαρμόσουν τις νέες τεχνολογίες στην παραγωγή. Έτσι οι επιδόσεις τους αυξάνονται τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα, οι κύκλοι εργασιών, οι απουσίες και η σπατάλη χρόνου, χρημάτων και πόρων μειώνεται (Ongango and Manyoike, 2014). Η κατάλληλη εκπαίδευση των εργαζομένων διασφαλίζει την γενικότερη ανάπτυξη του εργοταξίου τόσο από οικονομικής όσο και από παραγωγικής απόψεως (Μαρχαβίλας, 2009).

Τα οφέλη από την εκπαίδευση των εργαζομένων είναι τα εξής:

- *Αυξημένη παραγωγικότητα:* Η εκπαιδευτική διαδικασία αλλάζει την συμπεριφορά των εργαζομένων, οι οποίοι λαμβάνουν επαρκή και ολοκληρωμένα μέτρα ασφαλείας, μέσω των οποίων βελτιώνουν την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών τους (Κατσιακώρη, 2016). Έτσι μειώνονται τα λάθη και τα εργατικά ατυχήματα. Σύμφωνα με τους Σαΐνη και συν. (2004), όταν ο εργαζόμενος νοιώθει ασφάλεια και δεν ανησυχεί για την σωματική του ακεραιότητα, εστιάζει την προσοχή του και όλες τις πνευματικές του διεργασίες στο εργασιακό του αντικείμενο. Έτσι αυξάνεται η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών, η προσωπική και συνολική παραγωγικότητα και η ταχύτητα της εργασίας.
- *Ανύψωση του ηθικού:* οι εργαζόμενοι έχοντας λάβει την απαιτούμενη εκπαίδευση στο αντικείμενο της εργασίας τους, νοιώθουν σωματική ασφάλεια και σιγουριά και σύμφωνα με τους Τερζίδη και Τζωρτζάκη (2004), αυτό ενισχύει το ηθικό τους και τους εξυψώνει ψυχολογικά. Κατά τον Ταργουτζίδη (2007), η ψυχολογία των εργαζομένων που χαρακτηρίζεται από ηρεμία και ισορροπία χωρίς συναισθηματικές διακυμάνσεις, οι οποίες δικαιολογούνται, όταν επικρατεί ανασφάλεια για λόγους υγείας, είναι ο καθοριστικότερος παράγοντας για την εξέλιξη και την αρτιότητα ενός εργοταξίου.
- *Μειωμένη επίβλεψη:* ο εκπαιδευμένος εργαζόμενος γνωρίζει επαρκώς το αντικείμενο της εργασίας του και τα μέτρα ασφαλείας που απαιτούνται, οπότε η απαίτηση για επίβλεψη είναι μειωμένη. Αυτό συνδέεται με τη σημαντική μείωση του κόστους επίβλεψης (Ζορμπά, 2005) και την μείωση των ατυχημάτων λόγω της υπευθυνότητας που δείχνουν οι εργαζόμενοι (Chen and Jin, 2015). Σύμφωνα με τον Πανάγο (2016), αυτό ενθαρρύνει τον εργαζόμενο, του προσδίδει υπευθυνότητα και ωριμότητα για τις πράξεις και τις ενέργειες που καλείται να εκτελέσει, αφαιρώντας και από τον τεχνικό ασφαλείας μέρος των αυξημένων αρμοδιοτήτων του στο έργο.
- *Μείωση ατυχημάτων:* εξαιτίας της άγνοιας των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας στον εργασιακό χώρο, συμβαίνουν πολύ συχνά εργατικά ατυχήματα. Σύμφωνα με τους Karim et al (2019), η κατάλληλη εκπαίδευση παρέχει στον εργαζόμενο τις απαιτούμενες γνώσεις για τα μέτρα ασφαλείας, που είναι

υποχρεωμένος να λάβει, ώστε να προστατευθεί ο ίδιος και να μειωθούν τα εργατικά ατυχήματα.

- *Αυξημένη οργανωσιακή σταθερότητα και ευελιξία:* η ύπαρξη εκπαιδευμένου προσωπικού προσδίδει σταθερότητα και ευελιξία στον εργασιακό χώρο καθώς οι εργαζόμενοι μπορούν να ανταποκριθούν και να προσαρμοστούν σε έκτακτες συνθήκες ή αλλαγές. Σύμφωνα με τους Marín et al (2017) η μείωση των εργατικών ατυχημάτων και η σωστή λειτουργία του εργασιακού χώρου δημιουργεί οργανωσιακή σταθερότητα και ευελιξία. Σύμφωνα με τους Σαΐνη και συν. (2004) η ελαχιστοποίηση των εργατικών ατυχημάτων παρέχει στον εργασιακό χώρο την απαιτούμενη ευελιξία, την ικανότητα δηλαδή των εργαζομένων για άμεση προσαρμογή σε επερχόμενες αλλαγές, καθώς δεν υφίσταται ο κίνδυνος και ο φόβος για τη σωματική τους ασφάλεια και με ηρεμία μπορούν να αναπτύξουν πολλαπλές ικανότητες, μέσω των οποίων ανταποκρίνονται στις διαφορετικές απαιτήσεις που ανακύπτουν διαρκώς.

- *Αυξημένη αφοσίωση των εργαζομένων:* σύμφωνα με τον Αλεξίου (2002), η εκπαιδευτική διαδικασία, υποκινεί τους εργαζομένους και τους ενθαρρύνει ώστε να ταυτιστούν με το έργο και τους στόχους του εργασιακού χώρου. Αυτό σημαίνει πως ο εργαζόμενος μέσα σε αυτές τις συνθήκες, προσανατολίζεται προς τη συνεχή βελτίωση της απόδοσής του, καθώς επιτελεί απερίσπαστος τα καθήκοντά του χωρίς να υφίσταται ο φόβος και η απειλή της σωματικής του ακεραιότητας. Σύμφωνα με τους Chang and Chen (2005), όταν υπάρχει εργασιακή ασφάλεια σε σχέση με την υγεία του, ο εργαζόμενος αφοσιώνεται εξ ολοκλήρου στην εργασία του, ολοκληρώνοντας όσο καλύτερα και με μεγαλύτερη επιτυχία το έργο του.

## **ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΑ ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο σκοπός της έρευνας της διπλωματικής εργασίας είναι η εξέταση των τεχνικών και των μεθόδων αναφορικά με την εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας των εργαζομένων σε τεχνικά έργα. Για τον λόγο αυτό θα μελετηθούν εταιρείες που εξειδικεύονται στον τομέα της εκπαίδευσης εργαζομένων. Στην συνέχεια θα εξεταστεί σε ποιούς κυρίως απευθύνονται τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα, ποιο είναι το περιεχόμενό τους, για ποιόν κυρίως λόγο ασφάλειας απευθύνονται σε αυτές τις εταιρείες οι εργοδότες και ποιιά είναι τα κριτήρια επιλογής της εκάστοτε μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες. Εξετάζονται επίσης και άλλα στοιχεία που θα μας βοηθήσουν να βγάλουμε συμπεράσματα για το ποιοι είναι οι κυριότεροι τρόποι εκπαίδευσης που προτιμώνται από τους εργοδότες για την εκπαίδευση των εργαζομένων τους σε θέματα ασφάλειας, με ποιους τρόπους θα μπορούσαμε να αντιμετωπίσουμε την ελλιπή εκπαίδευση των εργαζομένων σε



θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα και να δοθούν κατευθύνσεις για την ανάπτυξη νέων αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ.

Έχει πραγματοποιηθεί μελέτη περίπτωσης με την μορφή ερωτηματολογίου σε 10 ιδιωτικές εταιρείες που το αντικείμενό τους είναι η εκπαίδευση εργαζομένων σε τεχνικά έργα, σε θέματα ασφάλειας. Αναλυτικότερα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 21 ερωτήσεις, κλειστού και ανοικτού τύπου. Οι κλειστού τύπου ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν με τις εξής αποκρίσεις: α) της μορφής «Ναι», «Όχι», «Άλλο» και β) της λίστας επιλογών. Σύμφωνα με τους Δρίβα και συν. (2000) η εν λόγω μέθοδος του ερωτηματολογίου δίνει τη δυνατότητα στατιστικής ανάλυσης με όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω email σε μορφή word. Οι απαντήσεις δόθηκαν είτε μέσω email είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Τηλεφωνική επικοινωνία υπήρξε σε ορισμένες περιπτώσεις και για διευκρινίσεις επί των απαντήσεων. Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (2002), με την μορφή ερωτηματολογίου εξασφαλίζεται η ανωνυμία των ατόμων που συμμετέχουν και η δυνατότητα στατιστικής ανάλυσης με όσο το δυνατόν περισσότερο το στοιχείο της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Παρακάτω παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να συγκεντρωθούν τα απαραίτητα δεδομένα. Στο τέλος της κάθε ερώτησης υπήρχε η υποσημείωση «σχόλιο» στο οποίο ο/η κάθε συμμετέχων/ουσα μπορούσε να αφήσει το σχόλιο του/της.

Σκοπός των 3 πρώτων ερωτήσεων είναι να καταδειχθεί η κατάρτιση των εκπαιδευτών των εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα. Πολύ σημαντική διερεύνηση διότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην σωστή εκπαίδευση των εργαζομένων.

Σκοπός της ερώτησης 4 είναι να διερευνηθεί για ποια κατηγορία εργαζομένων ο εργοδότης ζητά εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα. Είναι σαφές ότι ανάλογα με την κατηγορία εργαζομένου, θα επιλεγεί και η ανάλογη τεχνική εκπαίδευσης σε θέματα ασφαλείας.

Σκοπός των ερωτήσεων 5 και 6 είναι να διερευνήσουμε τον λόγο για τον οποίο ένας εργοδότης απευθύνεται σε μια εταιρία εκπαίδευσης εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα. Ανάλογα με τον λόγο αυτό, επηρεάζεται και το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος και κατά συνέπεια η μέθοδος εκπαίδευσης των εργαζομένων, που μελετούμε.

Σκοπός αυτής της 7ης ερώτησης είναι να διερευνηθεί κατά πόσο αυτά τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι πιστοποιημένα και από ποιόν φορέα, ώστε να βεβαιωθούμε για την ουσιαστική βοήθειά τους σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα.

Σκοπός των ερωτήσεων 8 και 9 είναι να διερευνήσουμε ποια μέθοδο εκπαίδευσης σε θέματα ασφάλειας χρησιμοποιούν περισσότερο οι εταιρείες και ποιες προτιμούν οι εργοδότες, ερωτήσεις που θα μας βοηθήσουν να συμπεράνουμε την αποτελεσματικότητα των μεθόδων που προτιμώνται περισσότερο.

Σκοπός της 10ης ερώτησης είναι να διερευνήσουμε με τον λόγο για τον οποίο οι εργοδότες επιλέγουν την εκάστοτε μέθοδο εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας. Πολύ σημαντική ερώτηση που οι απαντήσεις θα μας βοηθήσουν να βγάλουμε συμπεράσματα για το ποιοι είναι οι κυριότεροι τρόποι εκπαίδευσης που προτιμώνται από τους εργοδότες για την εκπαίδευση των εργαζομένων τους σε θέματα ασφάλειας

Σκοπός της 11<sup>ης</sup> ερώτησης είναι να δούμε σε ποια μέθοδο ανταποκρίνονται καλύτερα οι εκπαιδευόμενοι, γεγονός που θα επηρεάσει και την επιλογή της μεθόδου εκπαίδευσης που θα χρησιμοποιηθεί, που είναι και το αντικείμενο μελέτης της διπλωματικής.

Σκοπός των ερωτήσεων 12, 13 και 14 είναι να ερευνηθεί κατά πόσον τα προγράμματα εκπαίδευσης είναι ελκυστικά για τους εργοδότες σε σχέση με τον χρόνο και το κόστος που θα δαπανήσουν. Γεγονός πολύ σημαντικό για την επιλογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος από τους εργοδότες.

Σκοπός των ερωτήσεων 15 και 16 είναι να αξιολογηθεί η αξιοπιστία των εν λόγω εκπαιδευτικών προγραμμάτων που επιλέγουν οι εργοδότες για την εκπαίδευση των εργαζομένων τους σε θέματα ασφαλείας. Διότι δεν αρκεί να μόνο η πραγματοποίηση ενός τέτοιου προγράμματος, αλλά καλό είναι να υπάρχει μια πιστοποίηση και μια αναγνωσιμότητα για τον κάθε εργαζόμενο που θα μπορούσε να τον ωφελήσει και στην εύρεση μιας μετέπειτα δουλειάς.

Σκοπός της ερώτησης 17 είναι να καταγραφεί το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων. Μια τέτοια ερώτηση θα μας βοηθήσει να βγάλουμε συμπεράσματα για τον τρόπο που συνήθως γίνεται η εκπαίδευση και την μέθοδο που χρησιμοποιούν συνήθως οι εκπαιδευτές. Για παράδειγμα εάν οι εκπαιδευτές γίνονται συνήθως σε απλούς εργαζόμενους, τότε είναι πιο λογικό να τους βοηθάει στην κατανόηση η πρακτική εξάσκηση στον τόπο της εργασίας. Η σύνδεση των ερωτημάτων 17 και 9 θα δώσει ενδιαφέροντα αποτελέσματα για την μελέτη περίπτωσης.

Σκοπός της ερώτησης 18 είναι να διερευνήσουμε από την πλευρά των εταιρειών, πώς αντιλαμβάνονται την διάθεση των εργαζομένων κατά την εκτέλεση αυτών των εκπαιδύσεων. Η διάθεση που δείχνουν οι εκπαιδευόμενοι επηρεάζει την μέθοδο εκπαίδευσης που χρησιμοποιούν οι εταιρείες. Μέσα από την πολυετή εμπειρία τους προσαρμόζουν και το περιεχόμενο και την μέθοδο της εκπαίδευσής τους, ώστε να προκαλέσουν το ενδιαφέρον των εργαζομένων. Μόνο τότε έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα η εκπαίδευση.

Σκοπός της ερώτησης 19 είναι να εξετάσουμε κατά πόσον υπάρχει αξιολόγηση της εκπαίδευσης ύστερα από ένα εύλογο διάστημα. Με τον τρόπο αυτό ελέγχουμε εάν οι εργαζόμενοι είναι εκπαιδευμένοι για τα μέτρα ασφάλειας στον εργασιακό τους χώρο και κατά πόσο αυτά τα εφαρμόζουν. Επίσης με την αξιολόγηση ελέγχεται κατά πόσον ήταν αποτελεσματική η εκπαιδευτική διαδικασία, ώστε να επιλεγεί ξανά η πιο αποδοτική.

Σκοπός της ερώτησης 20 είναι να διερευνηθεί η διάθεση των εργοδοτών για επανεκπαίδευση των εργαζομένων τους, ώστε να καλυφθούν τυχόν κενά , παραλήψεις και παρερμηνείες από την προηγούμενη εκπαίδευση καθώς και να επαναληφθούν βασικοί κανόνες ασφαλείας για καλύτερη εμπέδωση.

Σκοπός της ερώτησης 21 είναι να διερευνηθεί μετά από πόσον καιρό είναι αναγκαία η επανάληψη για επανεκπαίδευση που την χρησιμότητά της αναλύσαμε παραπάνω.

Σκοπός της ερώτησης 22 είναι να διερευνήσουμε κατά πόσον υπάρχει συσχετισμός της ηλικιακής ομάδας των εκπαιδευόμενων με την μέθοδο εκπαίδευσης που επιλέγεται από εργοδότες και εταιρείες.

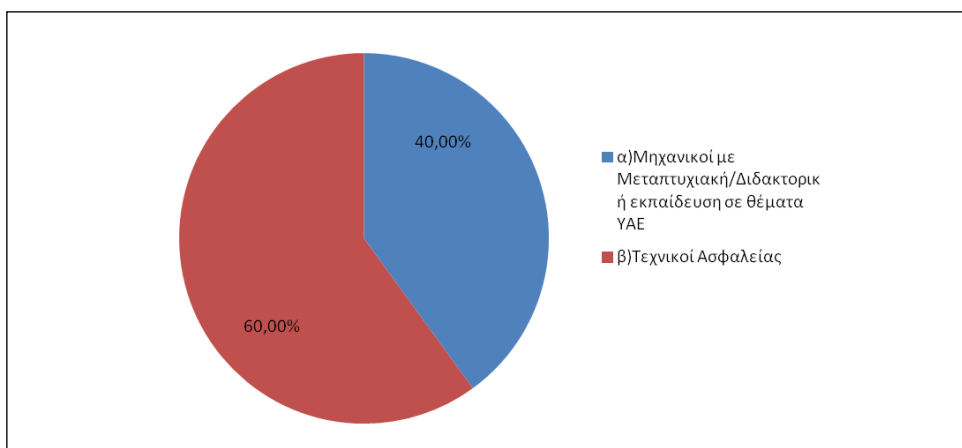
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### (1ο) Πρώτο Ερώτημα: Ειδικότητες των εκπαιδευτών

Από το σύνολο των 10 εταιρειών στις 4 οι ειδικότητες των εκπαιδευτών τους ήταν Μηχανικοί με Μεταπτυχιακή/Διδακτορική εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ και στις 6 Τεχνικοί Ασφαλείας. Οπότε οι εκπαιδευτές σε θέματα ασφαλείας σε ποσοστό 40% είναι μηχανικοί με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό σε θέματα ΥΑΕ και σε ποσοστό 60% Τεχνικοί Ασφαλείας. Οπότε είναι σαφής η κατάρτιση των εκπαιδευτών σε θέματα ΥΑΕ είτε μέσω μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου, είτε μέσω εξειδίκευσης ως Τεχνικού Ασφαλείας.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)Μηχανικοί με Μεταπτυχιακή/Διδακτορικ ή εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ	4	40,00%
β)Τεχνικοί Ασφαλείας	6	60,00%
γ)Μηχανικοί με πολυετή εμπειρία	0	0,00%
δ)Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 1. Ειδικότητες Εκπαιδευτών**



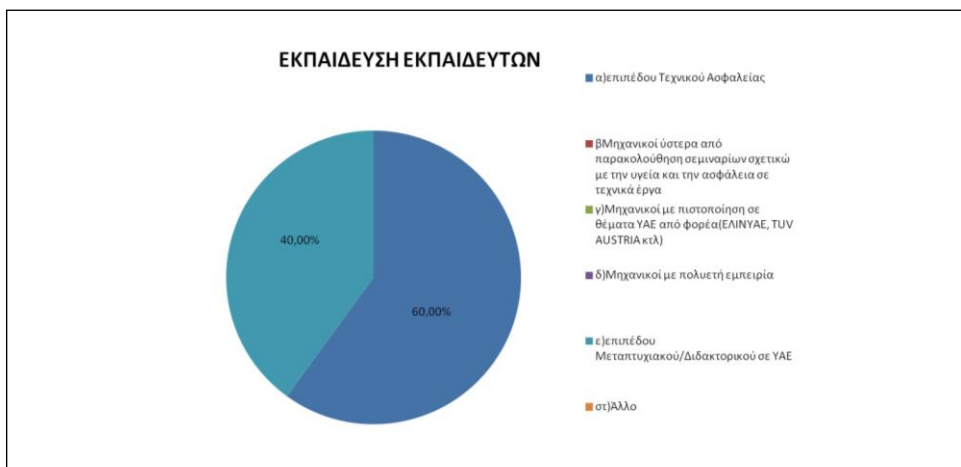
Γράφημα 1. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 1η.

### (2ο) Δεύτερο Ερώτημα: Εκπαίδευση των εκπαιδευτών

Από το σύνολο των 10 εταιρειών στις 6 η εκπαίδευση των εκπαιδευτών τους ήταν Μηχανικοί επιπέδου Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου σε θέματα ΥΑΕ και στις 4 επιπέδου Τεχνικού Ασφαλείας. Οπότε οι εκπαιδευτές σε θέματα ασφαλείας σε ποσοστό 60% έχουν εκπαίδευση μεταπτυχιακού ή διδακτορικού σε θέματα ΥΑΕ και σε ποσοστό 40% επιπέδου Τεχνικού Ασφαλείας. Επιπλέον 3 εταιρίες με εκπαίδευση εκπαιδευτών επιπέδου Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου σε θέματα ΥΑΕ, συμπλήρωσαν στα σχόλια ότι έχουν πιστοποίηση και από φορέα (ΕΛΙΝΥΑΕ, TUV AUSTRIA).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
α) επιπέδου Τεχνικού Ασφαλείας	6	60,00%
β) Μηχανικοί ύστερα από παρακολούθηση σεμιναρίων σχετικό με την υγεία και την ασφάλεια σε τεχνικά έργα	0	0,00%
γ) Μηχανικοί με πιστοποίηση σε θέματα ΥΑΕ από φορέα (ΕΛΙΝΥΑΕ, TUV AUSTRIA κτλ)	0	0,00%
δ) Μηχανικοί με πολυετή εμπειρία	0	0,00%
ε) επιπέδου Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού σε ΥΑΕ	4	40,00%
στ) Άλλο	0	0,00%
<b>Σύνολο</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 2. Εκπαίδευση Εκπαιδευτών**



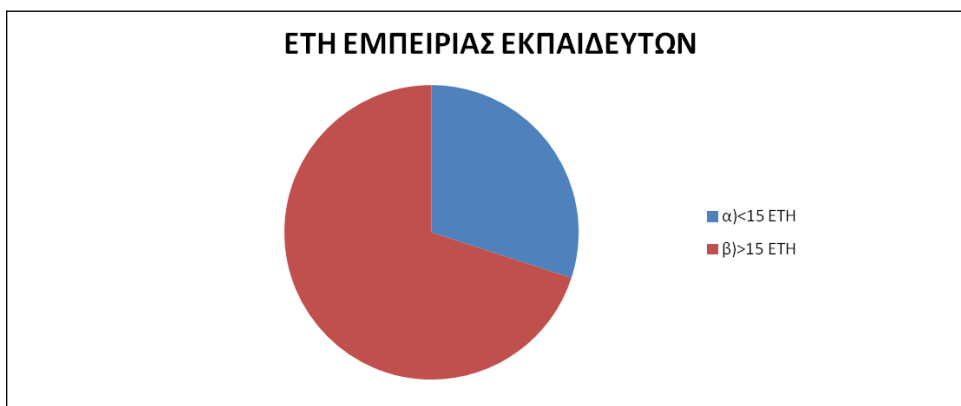
Γράφημα 2. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 2η.

**(3ο) Τρίτο Ερώτημα: Έτη εμπειρίας εκπαιδευτών**

Στα έτη εμπειρίας των εκπαιδευτών παρατηρούμε ότι το 70% των εταιρειών έχει εκπαιδευτές με εμπειρία μεγαλύτερη των 15 ετών και το άλλο 30% εκπαιδευτές με εμπειρία μικρότερη των 15 ετών. Βαρύτητα δίνεται στην κατάρτιση των εκπαιδευτών και στην εξειδίκευση σε θέματα ΥΑΕ.

ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)<15 ΕΤΗ	3	30,00%
β)>15 ΕΤΗ	7	70,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 3. Έτη Εμπειρίας Εκπαιδευτών**



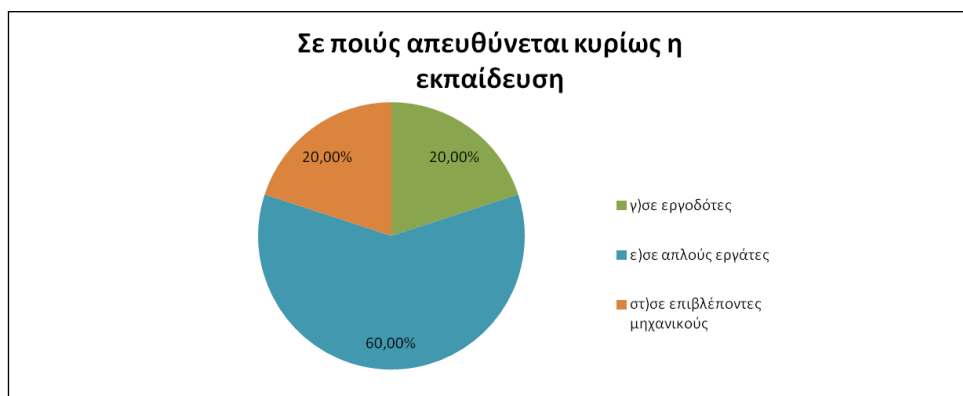
Γράφημα 3. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 3η

**(4ο) Τέταρτο Ερώτημα: Σε ποιους απευθύνονται κυρίως τα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρετε;**

Οι εν λόγω εταιρείες προσφέρουν υπηρεσίες εκπαίδευσης για όλες τις περιπτώσεις του ερωτηματολογίου, δηλαδή και α) σε Τεχνικούς Ασφαλείας τεχνικών έργων, και β) σε συντονιστές ασφαλείας, και γ)σε εργοδότες, και δ) σε εργοδηγούς, και ε) σε απλούς εργάτες, και στ)σε επιβλέποντες μηχανικούς. Ωστόσο αυτό που ενδιαφέρει την έρευνα είναι να διερευνηθεί για ποια από τις ανωτέρω περιπτώσεις υπάρχει μεγαλύτερη ζήτηση από τους εργοδότες για εκπαίδευση. Κατά 60% ζήτηση για εκπαίδευση υπάρχει στους απλούς εργάτες και 20% σε εργοδότες και 20% σε επιβλέποντες μηχανικούς. Αυτό μας δίνει την πληροφορία ότι οι εργοδότες ενδιαφέρονται να ενημερώσουν για θέματα ΥΑΕ άμεσα την πλειοψηφία των εργαζομένων τους, που είναι απλοί εργάτες και εν συνεχεία τους εργοδότες και τους επιβλέποντες μηχανικούς που τους κατευθύνουν, ώστε να εξασφαλίσουν ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.

ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΚΥΡΙΩΣ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)σε Τεχνικούς Ασφαλείας τεχνικών έργων	0	0,00%
β)σε συντονιστές ασφαλείας	0	0,00%
γ)σε εργοδότες	0	20,00%
δ)σε εργοδηγούς	2	0,00%
ε)σε απλούς εργάτες	6	60,00%
στ)σε επιβλέποντες μηχανικούς	2	20,00%
ζ)Άλλο	0	0,00%
<b>Σύνολο</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

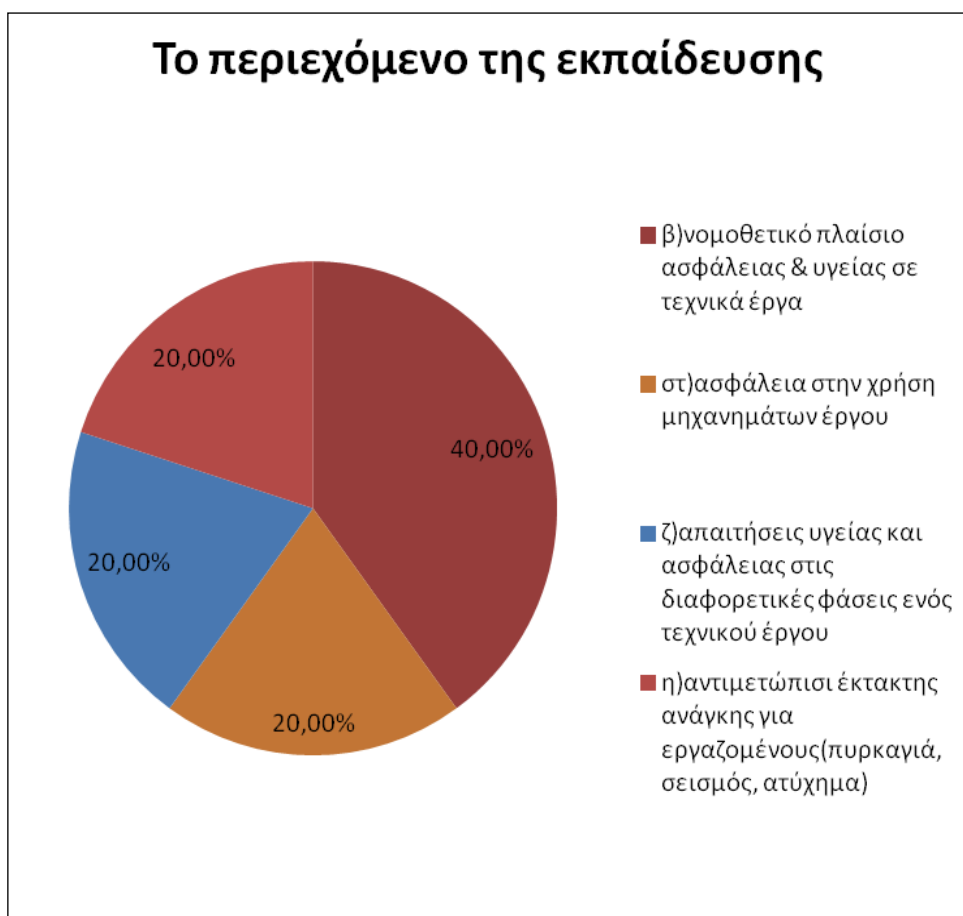
Πίνακας 4.Σε ποιους απευθύνεται κυρίως η εκπαίδευση



Γράφημα 4. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 4η.

**(5ο) Πέμπτο Ερώτημα: ποιά είναι συνήθως το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος;**

Σε όλες τις εταιρείες η θεματολογία των εκπαιδευτικών τους προγραμμάτων περιλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις του ερωτηματολογίου. Κυρίως ωστόσο, από τους εργοδότες ζητείται εκπαίδευση κατά 40% με περιεχόμενο την περίπτωση β) Νομοθετικό Πλαίσιο Ασφάλειας και Υγείας σε τεχνικά έργα, κατά 20% με περιεχόμενο την περίπτωση στ)ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου, κατά 20% με περιεχόμενο την περίπτωση ζ) Απαιτήσεις Υγείας και Ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου και κατά 20% επίσης με περιεχόμενο την περίπτωση η) Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης για Εργαζομένους (Πυρκαγιά, Σεισμός, Ατύχημα). Η ζήτηση λοιπόν εξαρτάται από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το κάθε τεχνικό έργο, στην φάση στην οποία βρίσκεται.



Γράφημα 5. Ποσοστιαία απεικόνιση Ερώτηση 5η.

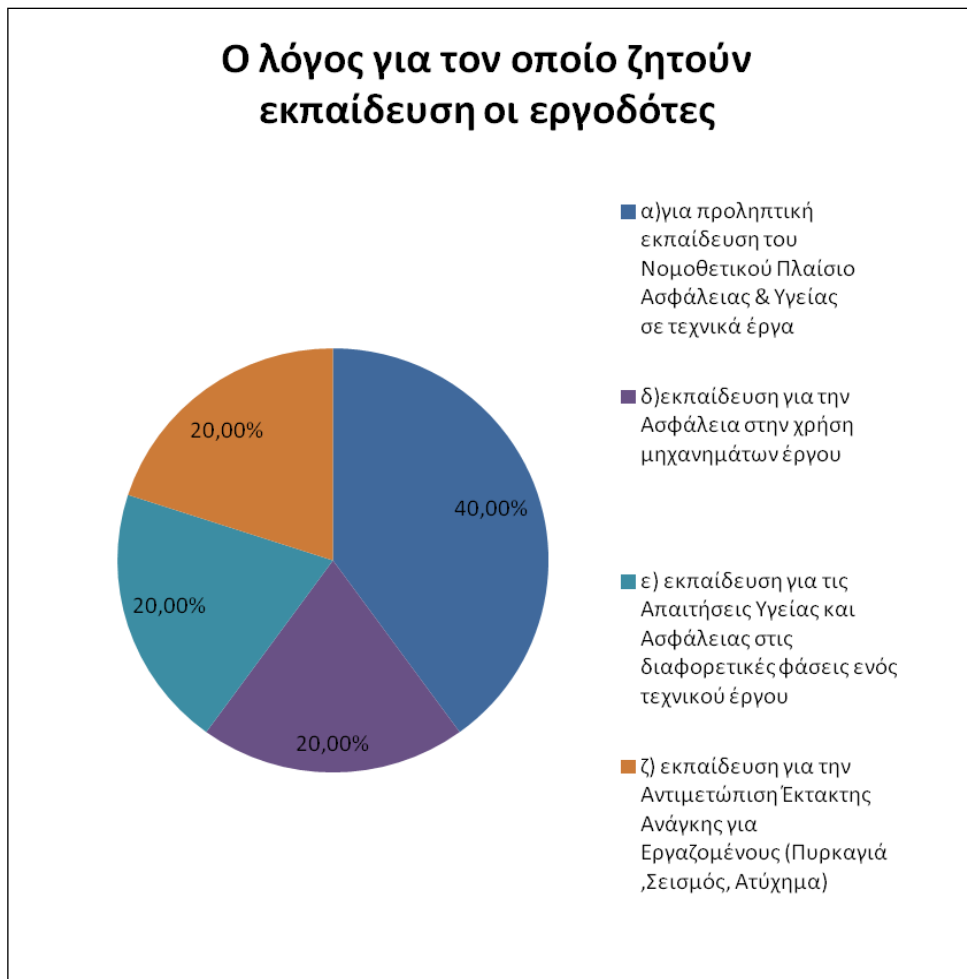
ΠΟΙΟ ΤΟ ΣΥΝΗΘΕΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)Γενικές αρχές ασφάλειας & υγείας	0	0,00%
β)νομοθετικό πλαίσιο ασφάλειας & υγείας σε τεχνικά έργα	3	30,00%
γ)ο ρόλος του τεχνικού ασφάλειας & του ιατρού ασφάλειας	0	0,00%
δ)ΣΑΥ, ΦΑΥ	0	0,00%
ε)κυριότεροι κίνδυνοι στο εργοτάξιο	0	0,00%
στ)ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου	2	20,00%
ζ)απαιτήσεις υγείας και ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου	3	30,00%
η)αντιμετώπισι έκτακτης ανάγκης για εργαζομένους(πυρκαγιά, σεισμός, ατύχημα)	2	20,00%
θ)χειρωνακτική διακίνηση φορτίων	0	0,00%
ι)Προστασία από Ηλεκτρικούς Κινδύνους	0	0,00%
κ)Εργαλεία Χειρός – Ηλεκτρικά Εργαλεία – Υδραυλικά Έργαλεία	0	0,00%
λ)Φυσικοί & Χημικοί Παράγοντες, κα.	0	0,00%
μ)Απαιτήσεις πυρασφάλειας-πυροπροστασίας	0	0,00%
ν)Σημάνσεις ασφάλειας και υγείας χώρων εργασίας και εξοπλισμού	0	0,00%
ξ)Βλαπτικοί παράγοντες για την υγεία (θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός)	0	0,00%
ο) προδιαγραφές, απαιτήσεις και χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας	0	0,00%
π)πρώτες βοήθειες	0	0,00%
ρ)ασφαλής εργασία σε ύψος	0	0,00%
σ) Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

Πίνακας 5.το περιεχόμενο της εκπαίδευσης



**(6ο) Έκτο Ερώτημα: για ποιο λόγο ασφάλειας απευθύνονται κυρίως σε εσάς οι εργοδότες;**

Συνήθως οι εργοδότες απευθύνονται στις ιδιωτικές εταιρείες εκπαίδευσης για θέματα ΥΑΕ σε τεχνικά έργα κατά 40% β)για προληπτική εκπαίδευση του Νομοθετικού Πλαισίου Ασφάλειας και Υγείας σε τεχνικά έργα, κατά 20% στ)για εκπαίδευση για την ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου, κατά 20% ζ)για εκπαίδευση στις Απαιτήσεις Υγείας και Ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου και κατά 20% επίσης για εκπαίδευση στην η)Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης για Εργαζομένους (Πυρκαγιά ,Σεισμός, Ατύχημα). Η ζήτηση λοιπόν, όπως είδαμε και στο προηγούμενο ερώτημα, εξαρτάται από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το κάθε τεχνικό έργο, στην φάση στην οποία βρίσκεται.



Γράφημα 6. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 6η.

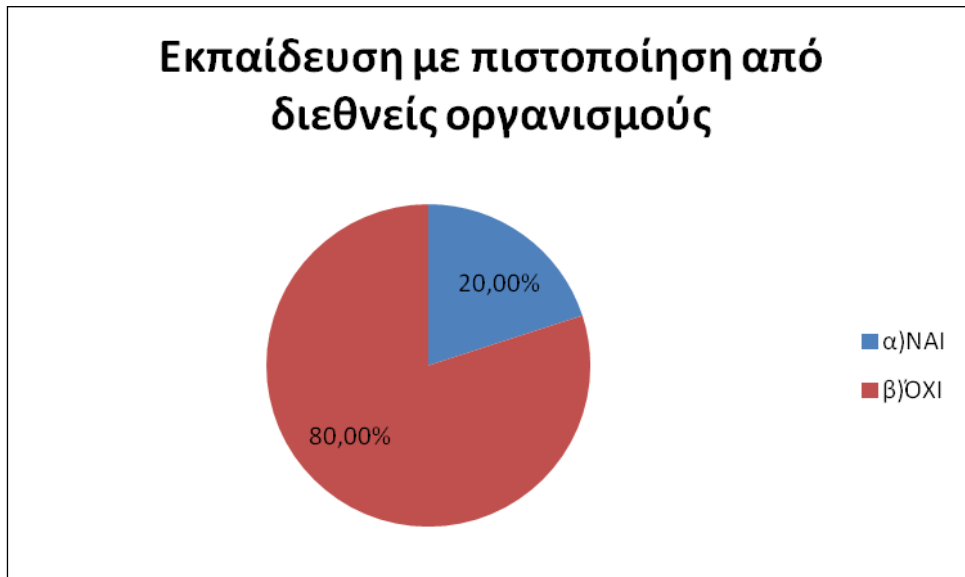
ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΟΙ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ ΖΗΤΟΥΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)για προληπτική εκπαίδευση του Νομοθετικού Πλαίσιο Ασφάλειας & Υγείας σε τεχνικά έργα	4	40,00%
β)εκπαίδευση όσον αφορά τον Ρόλο του Τεχνικού Ασφαλείας & του Ιατρού Εργασίας	0	0,00%
γ)εκπαίδευση σχετικά με το ΣΑΥ-ΦΑΥ	0	0,00%
δ)εκπαίδευση για την Ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου	2	20,00%
ε) εκπαίδευση για τις Απαιτήσεις Υγείας και Ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου	2	20,00%
ζ) εκπαίδευση για την Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης για Εργαζομένους (Πυρκαγιά ,Σεισμός, Ατύχημα)	2	20,00%
η) εκπαίδευση για τις Απαιτήσεις πυρασφάλειας-πυροπροστασίας	0	0,00%
θ)Σημάνσεις ασφάλειας και υγείας χώρων εργασίας και εξοπλισμού	0	0,00%
ι) εκπαίδευση για τους Βλαπτικοί παράγοντες για την υγεία (θόρυβος,θερμοκρασία, φωτισμός)	0	0,00%
κ) εκπαίδευση για τις απαιτήσεις και την χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας	0	0,00%
λ)πρώτες βοήθειες	0	0,00%
μ) Άλλο	0	0,00%
<b>Σύνολο</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>
<b>Πίνακας 6.Λόγος ασφαλείας για τον οποίο οι εργοδότες ζητούν εκπαίδευση</b>		

**(7ο) Έβδομο Ερώτημα: τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι πιστοποιημένα από Διεθνείς Φορείς Πιστοποίησης;**

Στην ερώτηση αυτή, 2 εταιρείες έχουν πιστοποίηση από διεθνείς φορείς η μία από την TÜV AUSTRIA και η άλλη από τους φορείς, Staregister και PECB για την παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ, ενώ οι υπόλοιπες 8 δεν έχουν αλλά ανήκουν στον κλάδο παροχής Εξωτερικών Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ) οπότε και είναι αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας για την παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ ή έχουν πιστοποίηση από το ΕΟΠΠΕΠ ως κέντρα δια βίου μάθησης. Οπότε το 20% έδωσε θετική απάντηση και το 80% αρνητική.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΑΠΟ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΦΟΡΕΙΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)ΝΑΙ	2	20,00%
β)ΌΧΙ	8	80,00%
Σύνολο	10	100,00%

Πίνακας 7. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ



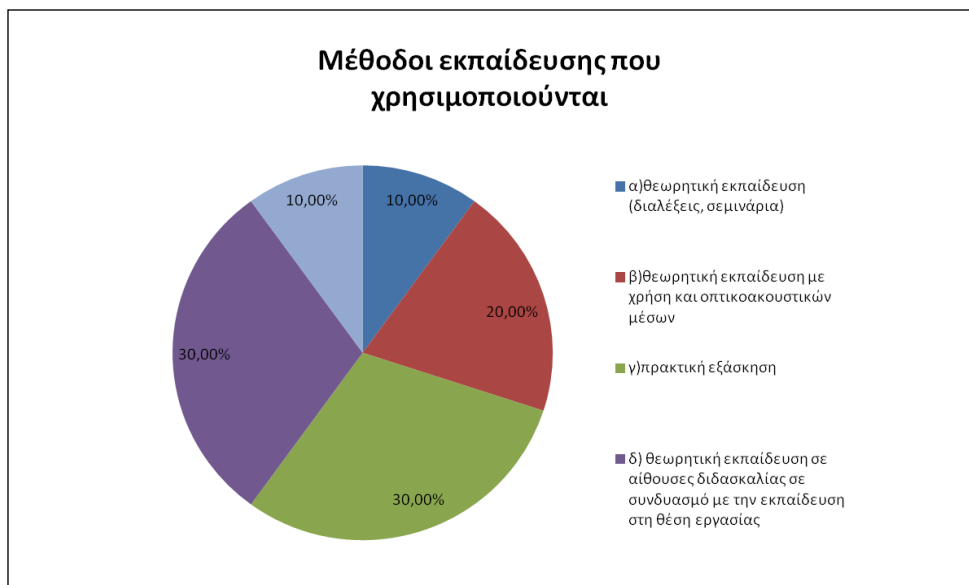
Γράφημα 7. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 7η.

**(8ο) Όγδοο Ερώτημα: ποιες μεθόδους εκπαίδευσης χρησιμοποιείτε;**

Οι υπό μελέτη εταιρείες χρησιμοποιούν όλες τις μεθόδους εκπαίδευσης για θέματα ΥΑΕ σε εργαζομένους. Ωστόσο, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν κυρίως και έχουν θετική αξιολόγηση είναι κατά 10% η θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια), 20% η θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων, 30% η πρακτική εξάσκηση, 30% η θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας και 10% η εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση). Αυτό εξαρτάται από τον κίνδυνο που θέλει να αντιμετωπίσει η εταιρεία καθώς και από το είδος των εργαζομένων στους οποίους απευθύνεται.

ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια)	1	10,00%
β)θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων	2	20,00%
γ)πρακτική εξάσκηση	3	30,00%
δ) θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας	3	30,00%
ε)υπόδυση ρόλων	2	0,00%
στ)εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας	0	0,00%
ζ)εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση)	1	10,00%
η) Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 8.Μέθοδοι εκπαίδευσης που χρησιμοποιούνται**



Γράφημα 8. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 8η.

**(9ο) Ένατο Ερώτημα: ποιες μέθοδοι εκπαίδευσης επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες;**

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ που επιλέγουν οι εργοδότες είναι κατά 10% η θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια), 20% η θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων, 30% η πρακτική εξάσκηση, 30% η θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας και 10% η εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση). Αυτό εξαρτάται από τον κίνδυνο που θέλει να αντιμετωπίσει ο εργοδότης καθώς και από το είδος των εργαζομένων στους οποίους απευθύνεται.

<b>ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΙΛΕΓΟΝΤΑΙ</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>α)θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια)</b>	<b>1</b>	<b>10,00%</b>
<b>β)θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων</b>	<b>2</b>	<b>20,00%</b>
<b>γ)πρακτική εξάσκηση</b>	<b>3</b>	<b>30,00%</b>
<b>δ) θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας</b>	<b>3</b>	<b>30,00%</b>
<b>ε)υπόδυση ρόλων</b>	<b>2</b>	<b>0,00%</b>
<b>στ)εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>ζ)εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση)</b>	<b>1</b>	<b>10,00%</b>
<b>η) Άλλο</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>
<b>Πίνακας 9.Μέθοδοι εκπαίδευσης που επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες</b>		



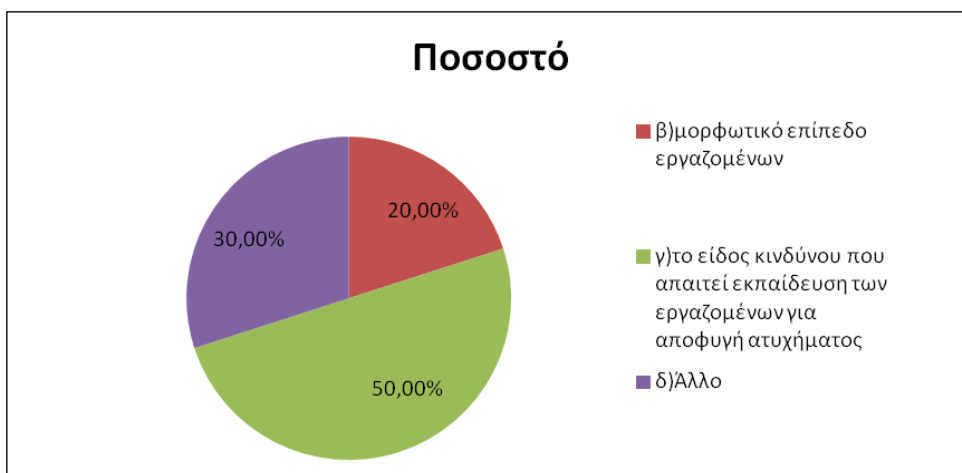
Γράφημα 9. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 9η.

**(10ο) Δέκατο Ερώτημα: ποια είναι τα κριτήρια επιλογής της εκάστοτε μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες;**

Σε αυτήν την ερώτηση 5/10 εταιρείες, δηλαδή το 50% απάντησαν ότι οι εργοδότες επιλέγουν την εκάστοτε μέθοδο εκπαίδευσης έχοντας ως κριτήριο γ) το είδος του κινδύνου που απαιτεί εκπαίδευση των εργαζομένων για αποφυγή ατυχήματος, το 20% απάντησε ως κριτήριο επιλογής της εκάστοτε μεθόδου εκπαίδευσης β) το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων και το 30% απάντησε γ) Άλλο, ότι η μέθοδος εκπαίδευσης είναι προκαθορισμένη από το Φορέα προκήρυξης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και είναι κατά κύριο λόγο θεωρητική. Αυτά είναι επιδοτούμενα προγράμματα επιμόρφωσης από τον Λογαριασμό για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση (ΛΑΕΚ) του ΟΑΕΔ, ή από το Υπουργείου Εργασίας.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
α) ηλικία εκπαιδευόμενων	0	0,00%
β) μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων	2	20,00%
γ) το είδος κινδύνου που απαιτεί εκπαίδευση των εργαζομένων για αποφυγή ατυχήματος	5	50,00%
δ) Άλλο	3	30,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 10. Κριτήρια επιλογής μεθόδου εκπαίδευσης από τον εργοδότη**



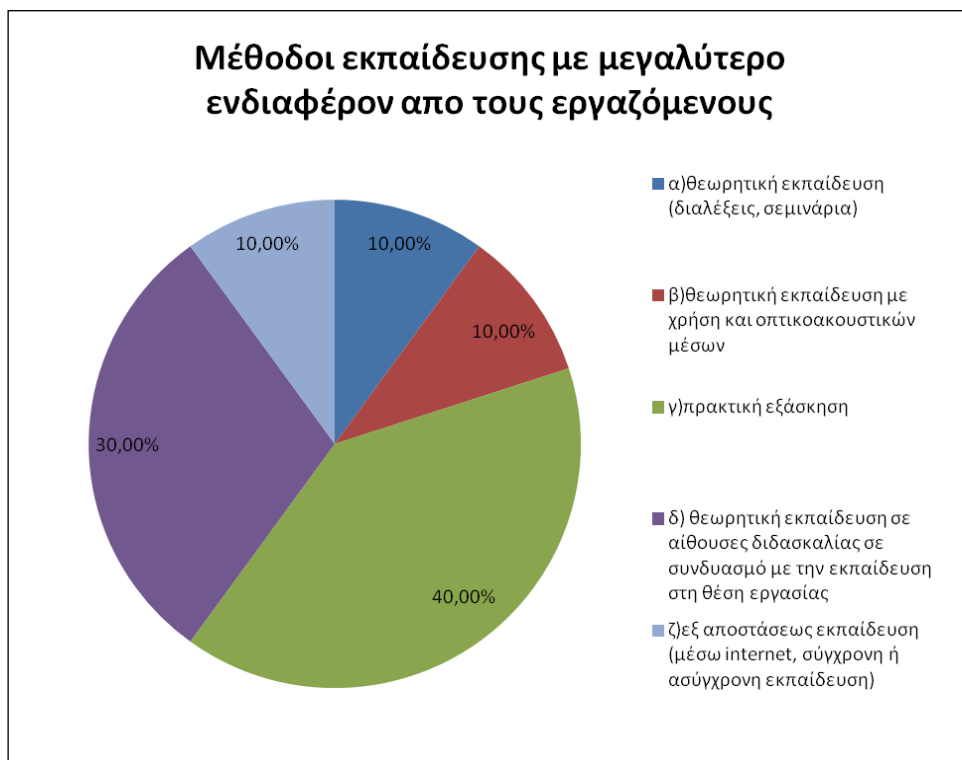
Γράφημα 10. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 10η.

**(11ο) Ένατο Ερώτημα: σε ποια μέθοδο εκπαίδευσης δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον και έχουν καλύτερη ανταπόκριση οι εργαζόμενοι;**

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια)	1	10,00%
β)θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων	1	10,00%
γ)πρακτική εξάσκηση	4	40,00%
δ) θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας	3	30,00%
ε)υπόδυση ρόλων	2	0,00%
στ)εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας	0	0,00%
ζ)εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση)	1	10,00%
η) Άλλο	0	0,00%
<b>Σύνολο</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 11.Μέθοδοι εκπαίδευσης που προτιμούν οι εργαζόμενοι**

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ στις οποίες δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον οι εργαζόμενοι είναι: κατά 10% θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια), 10% θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων, 40% πρακτική εξάσκηση, 30% θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας και 10% εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση).



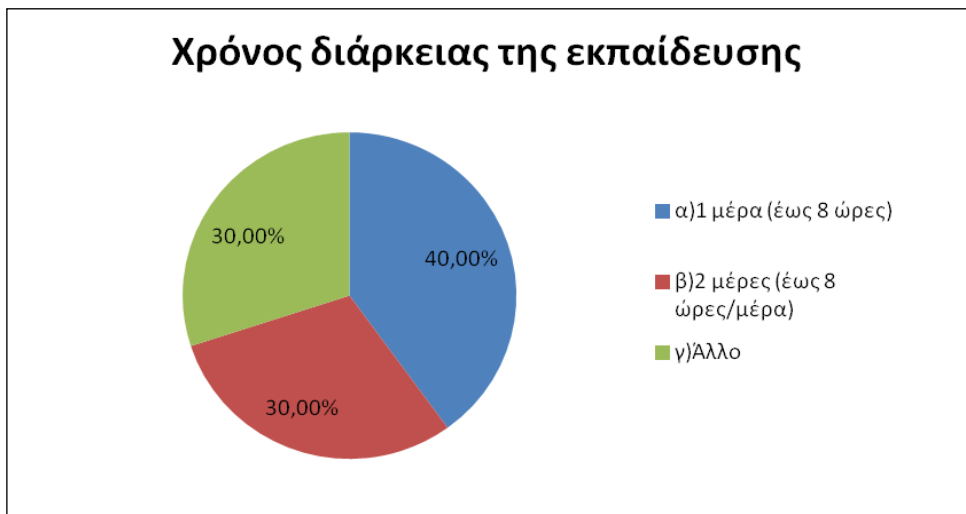
Γράφημα 11. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 11η.

**(12ο) Δωδέκατο Ερώτημα: πόσο χρόνο διαρκεί συνήθως η εκπαιδευτική διαδικασία;**

Σε αυτήν την ερώτηση οι εταιρίες απάντησαν ότι ο χρόνος της εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας εξαρτάται από το εκπαιδευτικό περιεχόμενο και την μέθοδο της διδασκαλίας. Ωστόσο σε ποσοστό 40% η απάντηση είναι α) 1 μέρα, έως 8 ώρες, σε ποσοστό 30%, β) 2 μέρες (έως 8 ώρες την ημέρα) και σε ποσοστό 30% γ) Άλλο, με την διευκρίνιση ότι υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα επιδοτούμενα από το ΥΠΕΚΑ ή τον ΟΑΕΔ που διαρκούν για μέρες (35 ή 40 ώρες) και απευθύνονται σε εργοδότες ή/και εργαζομένους υπό προϋποθέσεις. Όταν η εκπαιδευτική μέθοδος περιλαμβάνει και εκπαίδευση στον χώρο εργασίας, ο χρόνος επιμερίζεται ανάλογα με τις ανάγκες των εκπαιδευόμενων.



ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)1 μέρα (έως 8 ώρες)	4	40,00%
β)2 μέρες (έως 8 ώρες/μέρα)	3	30,00%
γ)Άλλο	3	30,00%
Σύνολο	10	100,00%
<b>Πίνακας 12. ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>		



Γράφημα 12. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 12η.

**(13ο) Δέκατο Τρίτο Ερώτημα: ποίο είναι το μέσο κόστος ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε θέματα υγείας και ασφάλειας;**

Η αξία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε θέματα ΥΑΕ είναι κατά 50% μεγαλύτερη από 200€. Οι εργοδότες απευθύνονται κυρίως στις εταιρείες για εκπαίδευση του συνόλου ή μέρος των εργαζομένων του τεχνικού έργου, οπότε και το κόστος διαμορφώνεται άνω των 200€. Μικρότερη από 200 ευρώ είναι σε ποσοστό 40%. Στις περιπτώσεις αυτές η εκπαίδευση αφορά μεμονωμένα άτομα, όπως εργοδότες ή Τεχνικούς Ασφαλείας και σε μονοήμερες συνήθως εκπαιδεύσεις. Επιπλέον εάν ο εργοδότης έχει χρησιμοποιήσει ξανά τις υπηρεσίες της εταιρείας εκπαίδευσης ή συνεργάζεται μαζί της, γίνεται κάποια έκπτωση επί

του γενικού συνόλου αμοιβής. Σε ποσοστό 10% οι εταιρείες δηλώνουν ότι το κόστος είναι μηδενικό και επιδοτούμενο από Δημόσιο Φορέα (π.χ ΟΑΕΔ).

ΤΟ ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)<200€	4	40,00%
β)>200€	5	50,00%
γ)Άλλο	1	10,00%



Γράφημα 13. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 13η.

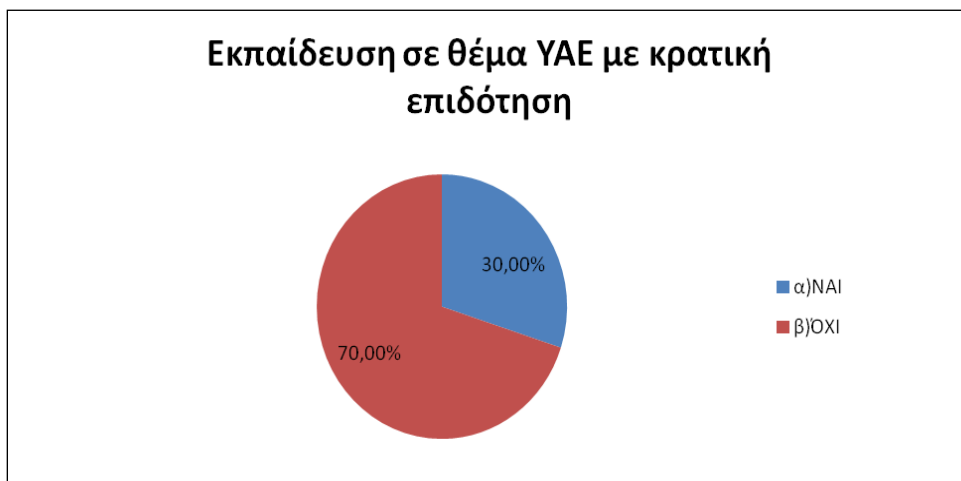
**(14ο) Δέκατο Τέταρτο Ερώτημα: υπάρχουν κρατικές επιδοτήσεις για την εκπαίδευση των εργαζομένων σε τεχνικά έργα;**

Σε αυτήν την ερώτηση μόνο το 30% των εταιρειών απάντησαν θετικά. Πρόκειται για εταιρείες οι οποίες είναι Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ) ή Οργανισμοί Επιθεώρησης, Πιστοποίησης και Εκπαίδευσης. Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα). Σε αυτήν την περίπτωση το κόστος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μπορεί να καλυφθεί από τον Λογαριασμό για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση (ΛΑΕΚ) του ΟΑΕΔ, ή να επιδοτηθεί από προγράμματα του Υπουργείου Εργασίας και Ασφάλειας. Το 70% των υπό μελέτη εταιρειών απάντησαν ότι δεν παρέχουν επιδοτούμενα εκπαιδευτικά προγράμματα. Οι υπό μελέτη εταιρείες είναι κυρίως εταιρίες παροχής υπηρεσιών Υγείας και

Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδεύσεις.

ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)ΝΑΙ	3	30,00%
β)ΟΧΙ	7	70,00%
γ)Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

Πίνακας 14. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΚΡΑΤΙΚΗ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗ



Γράφημα 14. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 14η.

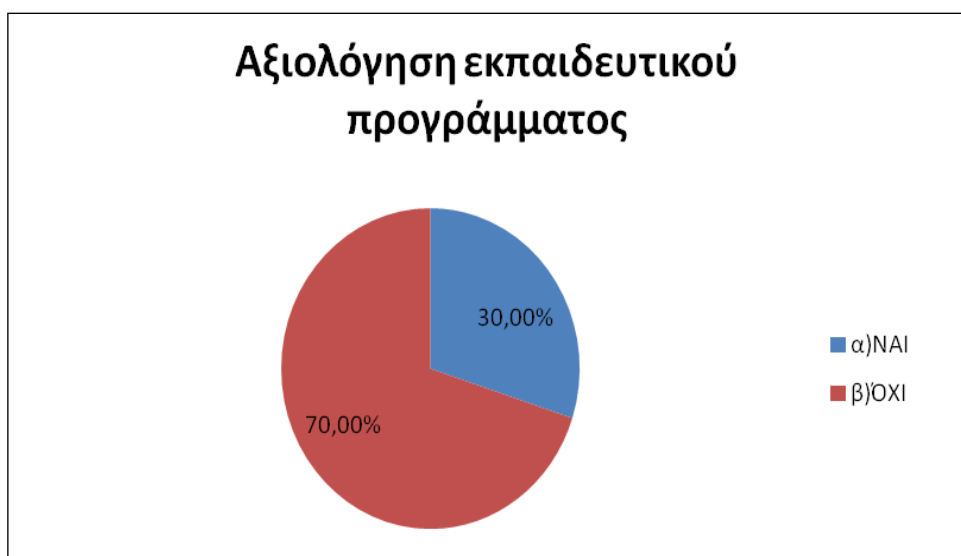
**(15ο) Δέκατο Πέμπτο Ερώτημα: μετά την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ο εκπαιδευόμενος αξιολογείται για τις γνώσεις που έλαβε;**

Το 70% των εταιρειών που μελετήσαμε απάντησαν ότι υπάρχει αυτή η δυνατότητα, ωστόσο γίνεται μόνο ύστερα από συνεννόηση με τον εργοδότη ή εάν εκείνος το επιθυμεί. Αυτές είναι εταιρείες ΕΞΥΠΠ. Δεν αποτελεί δηλαδή προϋπόθεση για να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα η αξιολόγηση των γνώσεων που απέκτησαν οι εργαζόμενοι μετά την εκπαίδευση. Όμως στο 30% των εταιρειών, οι

οποίες είναι ΚΔΒΜ, και η εκπαίδευση επιδοτούμενη από τον ΟΑΕΔ ή το ΥΠΕΚΑ, η αξιολόγηση των εργαζομένων μέσω τεστ πολλαπλής επιλογής και η επιτυχία σε αυτό, αποτελεί προϋπόθεση ολοκλήρωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)ΝΑΙ	3	30,00%
β)ΟΧΙ	7	70,00%
γ)Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

Πίνακας 15.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



Γράφημα 15. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 15η.

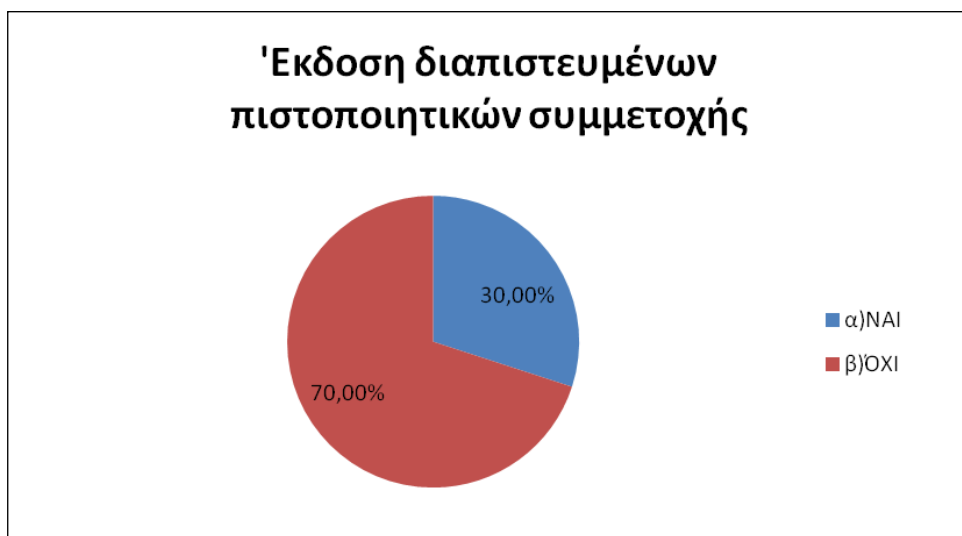
**(16ο) Δέκατο Έκτο Ερώτημα: παρέχεται έκδοση διαπιστευμένων πιστοποιητικών σε όσους συμμετέχουν με επιτυχία στα προγράμματα;**

Το 70% των εταιρειών απάντησε ότι μετά το τέλος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων δεν δίνεται κάποιο διαπιστευμένο πιστοποιητικό, παρά μόνο ένα απλό πιστοποιητικό συμμετοχής και οι εργαζόμενοι που παρακολούθησαν την εκπαίδευση καταγράφονται σε λίστα που τηρείται στην εταιρεία του εργοδότη.

Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε ότι τα προγράμματα που εγκρίνονται από την αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Εργασίας χορηγούν στους εκπαιδευμένους πιστοποιητικό παρακολούθησης/βεβαίωση επιμόρφωσης βάσει σχετικής Υπουργικής Έγκρισης. Επίσης και τα επιδοτούμενα προγράμματα επιμόρφωσης μέσω ΛΑΕΚ του ΟΑΕΔ, χορηγούν βεβαιώσεις παρακολούθησης.

ΕΚΔΟΣΗ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΜΕΝΩΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)ΝΑΙ	3	30,00%
β)ΟΧΙ	7	70,00%
γ)Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 16.ΕΚΔΟΣΗ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΜΕΝΩΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**



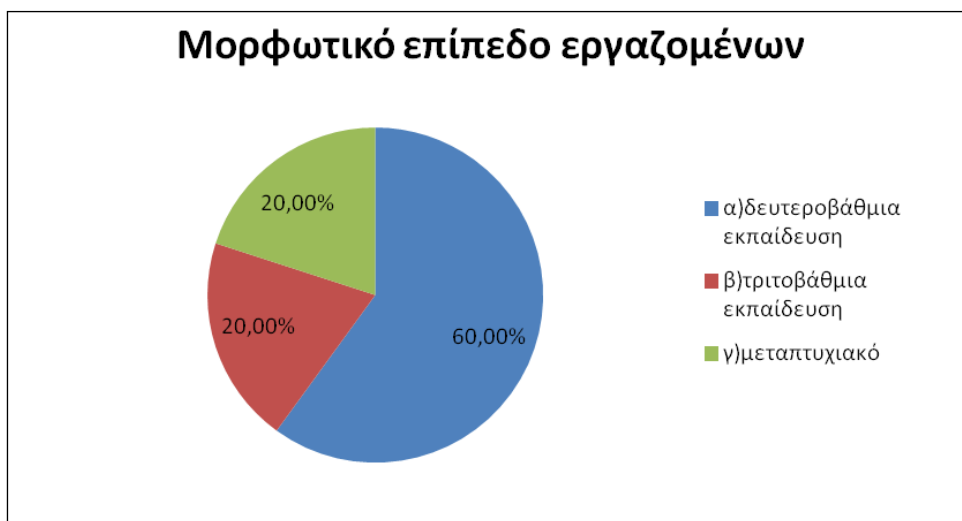
Γράφημα 16. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 16η.

**(17ο) Δέκατο Έβδομο Ερώτημα: ποιο είναι συνήθως το μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευόμενων εργαζομένων;**

Το σύνηθες μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων σε ποσοστό 60% είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, μιας η πλειοψηφία των εκπαιδευόμενων είναι απλοί εργάτες, όπως φαίνεται και στο ερώτημα 4. Στην συνέχεια ένα ποσοστό

20% είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ένα ποσοστό 20% μεταπτυχιακού επιπέδου. Τα ποσοστά αυτά αντιστοιχούν στους εργαζόμενους μηχανικούς.

ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
α) δευτεροβάθμια εκπαίδευση	6	60,00%
β) τριτοβάθμια εκπαίδευση	2	20,00%
γ) μεταπτυχιακό	2	20,00%
δ) διδακτορικό	0	0,00%
γ) Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%
<b>Πίνακας 17. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ</b>		

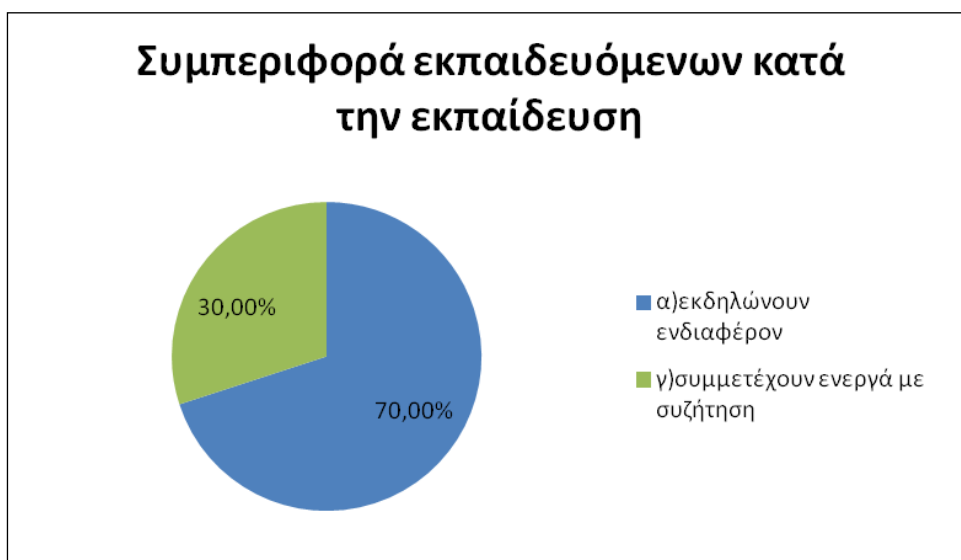


Γράφημα 17. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 17η.

**(18ο) Δέκατο Όγδοο Ερώτημα: ποια είναι η συμπεριφορά και η στάση των εκπαιδευόμενων κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης;**

Το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε ότι οι εκπαιδευόμενοι εκδηλώνουν ενδιαφέρον και το 30% ότι συμμετέχουν ενεργά με συζήτηση.

<b>Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>α)εκδηλώνουν ενδιαφέρον</b>	7	<b>70,00%</b>
<b>β)είναι αδιάφοροι</b>	0	<b>0,00%</b>
<b>γ)συμμετέχουν ενεργά με συζήτηση</b>	3	<b>30,00%</b>
<b>γ)Άλλο</b>	0	<b>0,00%</b>
<b>Σύνολο</b>	10	<b>100,00%</b>
<b>Πίνακας 18.ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ</b>		



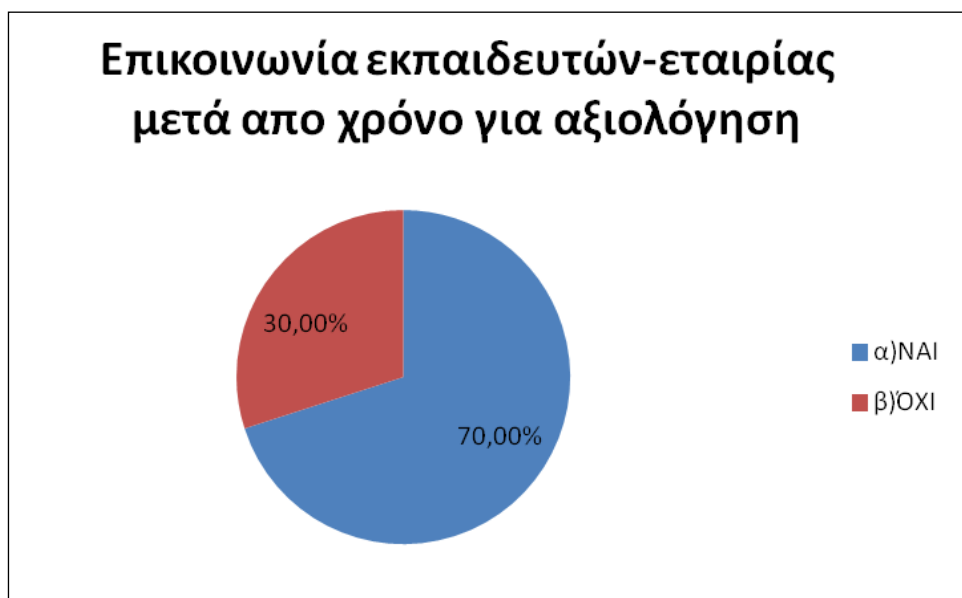
Γράφημα 18. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 18η.

**(19ο) Δέκατο Ένατο Ερώτημα: υπάρχει επικοινωνία με την εταιρεία, σε ύστερο χρόνο από την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην πράξη;**

Το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε ότι υπάρχει επικοινωνία με την εταιρεία σε ύστερο χρόνο από την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην πράξη. Οι εταιρείες αυτές είναι εταιρείες παροχής υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που

προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδευτές. Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε αρνητικά. Πρόκειται για Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα).

<b>ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ- ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>α)ΝΑΙ</b>	7	<b>70,00%</b>
<b>β)ΟΧΙ</b>	3	<b>30,00%</b>
<b>γ)Άλλο</b>	0	<b>0,00%</b>
<b>Σύνολο</b>	10	<b>100,00%</b>
<b>Πίνακας 19.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ- ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>		



Γράφημα 19. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 19η.

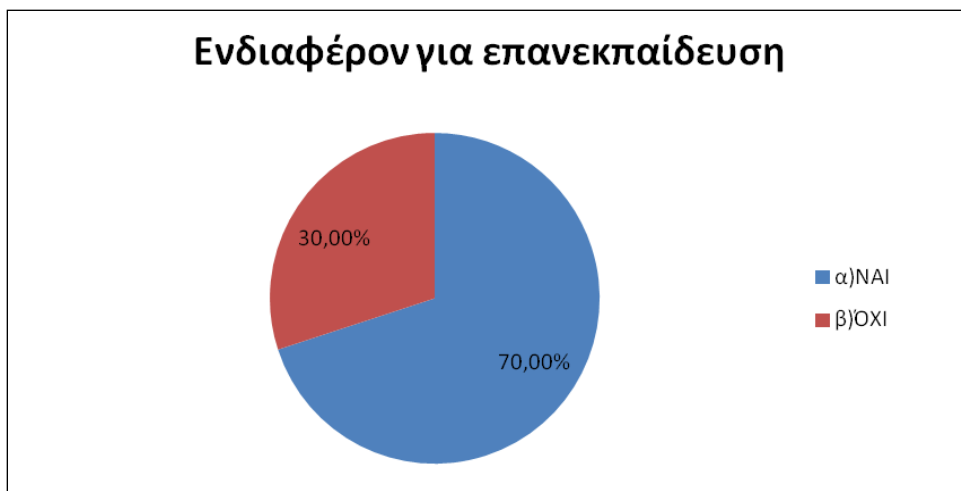


**(20ο) Εικοστό Ερώτημα: υπάρχει ενδιαφέρον από τις εταιρείες που απευθύνονται σε εσάς για επανεκπαίδευση;**

Το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε ότι υπάρχει ενδιαφέρον για επανεκπαίδευση. Οι εταιρείες αυτές είναι εταιρίες παροχής υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδεύσεις. Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε αρνητικά. Πρόκειται για Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα).

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)ΝΑΙ	7	70,00%
β)ΟΧΙ	3	30,00%
γ)Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 20.ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**



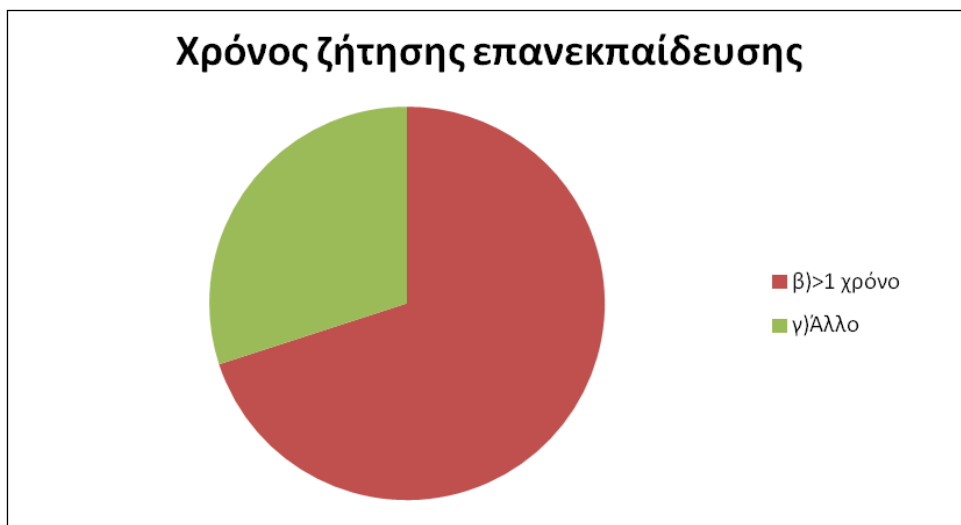
Γράφημα 20. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 20η.

**(21ο) Εικοστό ΠρώτοΕρώτημα: μετά από πόσο χρόνο ζητείται επανεκπαίδευση των εργαζομένων;**

Το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε την επιλογή β)>1 χρόνο. Οι εταιρείες αυτές είναι εταιρείες παροχής υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδεύσεις. Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε την επιλογή γ)Άλλο, στην οποία σχολίασε ότι δεν ζητείται επανεκπαίδευση από τις εταιρείες που εκπαίδευσαν αρχικά. Πρόκειται για Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα).

<b>ΧΡΟΝΟΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>α)&lt;1 χρόνο</b>	0	<b>0,00%</b>
<b>β)&gt;1 χρόνο</b>	7	<b>70,00%</b>
<b>γ)Άλλο</b>	3	<b>30,00%</b>
<b>Σύνολο</b>	10	<b>100,00%</b>

**Πίνακας 21. ΧΡΟΝΟΣ ΖΗΤΗΣΗΣ  
ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**



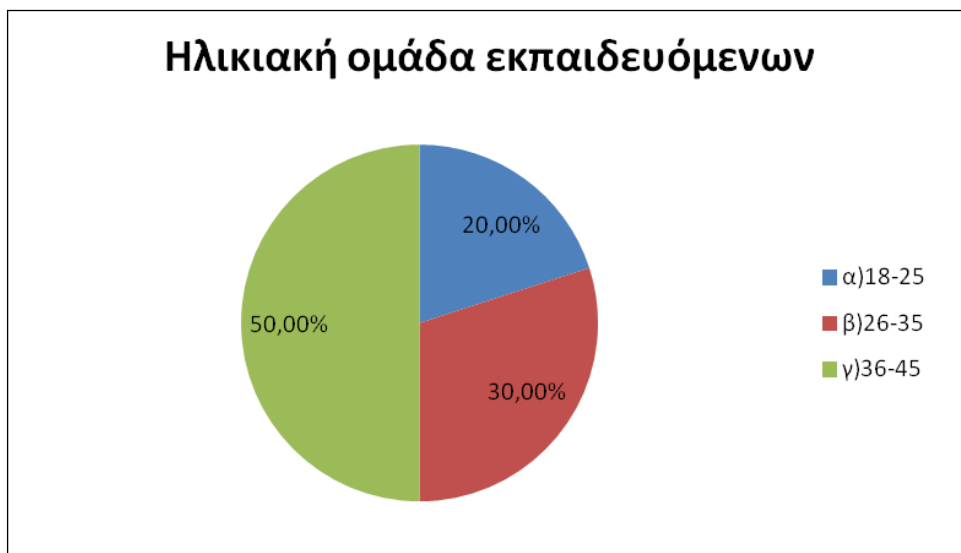
Γράφημα 21. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 21η.

**(22ο) Εικοστό Δεύτερο Ερώτημα: ποιά είναι η μέση ηλικία των εκπαιδευόμενων;**

Το 50% των εκπαιδευόμενων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 36-45, το 30% στην ηλικιακή ομάδα των 26-35 και το 20% στην ηλικιακή ομάδα 18-25.

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
α)18-25	2	20,00%
β)26-35	3	30,00%
γ)36-45	5	50,00%
δ)46-55	0	0,00%
ε)56 και άνω	0	0,00%
γ)Άλλο	0	0,00%
Σύνολο	10	100,00%

**Πίνακας 22. ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ**



Γράφημα 22. Ποσοστιαία απεικόνιση - Ερώτηση 22η.

### **ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

1. Αρχικά η δειγματοληψία αποκάλυψε πως στις εταιρίες εκπαίδευσης των εργαζομένων οι εκπαιδευτές στην πλειοψηφία τους, σε ποσοστό 60%, είναι Τεχνικοί

ασφαλείας και σε ποσοστό 40% Μηχανικοί με Μεταπτυχιακή/Διδακτορική εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ. Επίσης η εκπαίδευση των εκπαιδευτών είναι σε ποσοστό 60% επιπέδου Τεχνικού Ασφαλείας και σε ποσοστό 40% επιπέδου Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού σε ΥΑΕ. Αυτά σε συνδυασμό με την εμπειρία των εκπαιδευτών που κατά 70% είναι μεγαλύτερη των 15 ετών, καταδεικνύουν ότι οι εκπαιδευτές είναι υψηλού επιπέδου, με έμπειρους και πλήρως ενημερωμένους εκπαιδευτές. Γεγονός ενθαρρυντικό καθώς ένας έμπειρος και με γνώσεις εκπαιδευτής έχει άμεση γνώση των πρακτικών και θεωρητικών κινδύνων ενός τεχνικού έργου και μπορεί να προτείνει αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης. Επίσης μπορεί να συνδέει την θεωρία με την πράξη, παρέχοντας παραδείγματα από πραγματικές έκτακτες καταστάσεις που έχει αντιμετωπίσει, γεγονός που βοηθά τους εργαζομένους να κατανοήσουν καλύτερα τις πρακτικές ασφάλειας, ώστε να τις εφαρμόσουν σωστά. Επιπλέον οι εργαζόμενοι μπορούν να εμπιστευτούν έναν καταρτισμένο και με εμπειρία εκπαιδευτή, γεγονός που ενισχύει την συμμόρφωσή τους με τους κανόνες ασφαλείας και οδηγεί στην μείωση των ατυχημάτων.

2. Εν συνεχεία εξετάστηκε σε ποιους κυρίως απευθύνεται η εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας στα τεχνικά έργα. Το 60% των εταιρειών απάντησε ότι τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα απευθύνονται κυρίως σε εργαζόμενους, το 20% σε επιβλέποντες μηχανικούς και το 20% σε εργοδότες. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι από το τυχαίο δείγμα των εταιρειών που επιλέχθηκε οι 3 ήταν εταιρείες οι οποίες είναι Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα). Στις εταιρείες αυτές απευθύνονται κυρίως εργαζόμενοι για να ενταχθούν σε επιδοτούμενα προγράμματα το κόστος των οποίων καλύπτεται από τον Λογαριασμό για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση (ΛΑΕΚ) του ΟΑΕΔ, ή εργοδότες, μηχανικοί και εργαζόμενοι οι οποίοι θέλουν να ενταχθούν σε προγράμματα επιμόρφωσης του ΥΠΕΚΑ για Τεχνικούς Ασφαλείας. Οι άλλες 7 ήταν εταιρείες παροχής υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδευτές. Σε αυτές τις εταιρείες απευθύνονται εργοδότες για να εκπαιδεύσουν κυρίως τους εργαζομένους τους σε θέματα ΥΑΕ και λιγότερο για εκπαίδευση σε άλλες ειδικότητες. Επομένως βλέπουμε ότι πέρα από το ενδιαφέρον εργοδοτών, μηχανικών και εργαζομένων για επιμόρφωση ώστε να γίνουν Τεχνικοί Ασφαλείας, κυρίως η εκπαίδευση απευθύνεται σε εργαζόμενους σε τεχνικά έργα. Αυτό σημαίνει ότι οι επιχειρήσεις έχουν αντιληφθεί ότι η εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ΥΑΕ σε τεχνικά έργα, δεν είναι μια διαδικασία τυπική, αλλά επένδυση

για την ασφάλεια των εργαζομένων και την αποτελεσματικότητα του τεχνικού έργου. Μέσω της σωστής εκπαίδευσης αποφεύγονται πιθανοί κίνδυνοι, μειώνονται πιθανά ατυχήματα, μειώνονται κόστη που προκαλούν τα ατυχήματα, βελτιώνεται η παραγωγικότητα, αναπτύσσεται μια κουλτούρα ασφάλειας και ένα περιβάλλον στο οποίο η ασφάλεια αποτελεί προτεραιότητα.

**3.** Εν συνεχεία διερευνήθηκε το σύνθημα εκπαιδευτικό περιεχόμενο, των εκπαιδεύσεων. Εδώ παρατηρούμε ότι το 30% των εκπαιδεύσεων αναφέρεται στο νομοθετικό πλαίσιο ασφάλειας και υγείας σε τεχνικά έργα, επίσης σε ποσοστό 30% αναφέρεται στις απαιτήσεις υγείας και ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου, σε ποσοστό 20% στην ασφαλή χρήση μηχανημάτων έργου και σε ποσοστό 20% στην αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης για εργαζομένους(πυρκαγιά, σεισμός, ατύχημα). Αυτό το ερώτημα συνδέεται άμεσα και με το επόμενο ερώτημα που αναφέρεται στον λόγο για τον οποίο οι εργοδότες ζητούν εκπαίδευση των εργαζομένων τους. Εδώ βλέπουμε ότι τα ποσοστά κυμαίνονται σε σχέση με αυτά του προηγούμενου ερωτήματος. Δηλαδή κατά 40% ζητείται εκπαίδευση στο Νομοθετικό Πλαίσιο Ασφάλειας και Υγείας σε τεχνικά έργα, κατά 20% εκπαίδευση για την Ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου, κατά 20% εκπαίδευση για τις Απαιτήσεις Υγείας και Ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου κατά 20% επίσης εκπαίδευση για την Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης για Εργαζομένους (Πυρκαγιά ,Σεισμός, Ατύχημα). Αυτός ο επιμερισμός οφείλεται στο γεγονός ότι κατά την διάρκεια ενός εκπαιδευτικού προγράμματος δεν γίνεται μια μονομερής ενημέρωση που αφορά ένα και μόνο θέμα, αλλά υπάρχει μια ευρεία θεματολογία μέσω της οποίας ο εκπαιδευόμενος ενημερώνεται για διάφορα θέματα που θα τον βοηθήσουν να εργάζεται σε ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα έχει τις γνώσεις να αποφεύγει τους εκάστοτε κινδύνους.

**4.** Εν συνεχεία διερευνήθηκε το κατά πόσον τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα είναι πιστοποιημένα από διεθνείς φορείς πιστοποίησης. Εδώ μόνο το 20% των εταιρειών έχουν πιστοποίηση από διεθνείς φορείς, η μία από από την TÜV AUSTRIA και η άλλη από τους φορείς Staregister και PECB για την παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ, ενώ το 80% δεν έχουν κάποια διεθνή πιστοποίηση, αλλά ανήκουν στον κλάδο παροχής Εξωτερικών Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ) οπότε και είναι αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας για την παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ ή έχουν πιστοποίηση από το ΕΟΠΠΕΠ ως κέντρα δια βίου μάθησης και είναι εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων.

**5.** Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ερωτήματα, ποιές μέθοδοι εκπαίδευσης χρησιμοποιούνται συνήθως από τους παρόχους των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ,ποιες μέθοδοι εκπαίδευσης επιλέγονται από τους εργοδότες και σε ποιες μεθόδους εκπαίδευσης παρουσιάζουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον οι

εργαζόμενοι. Οι απαντήσεις των δύο πρώτων ερωτημάτων ταυτίζονται και σε ποσοστό 30% χρησιμοποιείται και επιλέγεται η πρακτική εξάσκηση, σε ποσοστό 30% η θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας, σε ποσοστό 20% η θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων, σε ποσοστό 10% η θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια) και σε ποσοστό 10% η εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση). Όσον αφορά τις μεθόδους εκπαίδευσης στις οποίες δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον οι εργαζόμενοι, σε ποσοστό 40% είναι η πρακτική εξάσκηση, σε ποσοστό 30% η θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας, σε ποσοστό 10% η θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων, σε ποσοστό 10% η θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια) και σε ποσοστό 10% η εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση). Μέσα από τα ερωτήματα αυτά φαίνεται πόσο προτιμότερη και σημαντική είναι η πρακτική εξάσκηση για τους εργαζόμενους και η εκπαίδευση στην θέση εργασίας του εργαζομένου σε συνδυασμό με την θεωρητική εκπαίδευση. Μέσω της πρακτικής εξάσκησης οι εργαζόμενοι εμπεδώνουν καλύτερα τις διαδικασίες ασφάλειας και ενισχύεται η αυτοπεποίθηση και η ικανότητά τους να αντιδρούν σωστά σε έκτακτες συνθήκες. Επίσης εξοικειώνονται με τον εξοπλισμό που θα χρησιμοποιούν, εντοπίζουν τις πιθανές έκτακτες καταστάσεις και γίνονται πιο αποτελεσματικοί στην αντιμετώπισή τους. Βεβαίως και η θεωρητική εκπαίδευση, είτε πρόκειται για σεμινάρια και διαλέξεις, είτε πρόκειται για θεωρητική εκπαίδευση με οπτικοακουστικά μέσα, είτε πρόκειται για εξ αποστάσεως εκπαίδευση χρησιμοποιείται ευρέως, κυρίως από Κέντρα Δια Βίου Μάθησης. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των ΚΔΒΜ και η μέθοδος εκπαίδευσης που χρησιμοποιούν, καθορίζεται από τον Δημόσιο Φορέα (ΥΠΕΚΑ, ΟΑΕΔ) που το προκηρύσσει και είναι κυρίως θεωρητική. Εδώ θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι μιας και η πρακτική εξάσκηση είναι προτιμότερη και αποτελεσματικότερη για τους εργαζόμενους, θα πρέπει και οι Δημόσιοι Φορείς να δίνουν την δυνατότητα και τέτοιου είδους εκπαίδευσης για ασφαλέστερα αποτελέσματα σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα.

**6.** Όσον αφορά τα κριτήρια επιλογής της μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες το 50% απάντησαν ότι οι εργοδότες επιλέγουν την εκάστοτε μέθοδο εκπαίδευσης έχοντας ως κριτήριο το είδος του κινδύνου που απαιτεί εκπαίδευση των εργαζομένων για αποφυγή ατυχήματος, το 20% απάντησε ως κριτήριο επιλογής της εκάστοτε μεθόδου εκπαίδευσης, το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων και το 30% απάντησε ότι η μέθοδος εκπαίδευσης είναι προκαθορισμένη από το Φορέα προκήρυξης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και είναι κατά κύριο λόγο θεωρητική. Αυτά είναι επιδοτούμενα προγράμματα επιμόρφωσης από τον Λογαριασμό για την Απασχόληση και την Επαγγελματική

Κατάρτιση (ΛΑΕΚ) του ΟΑΕΔ, ή από το Υπουργείου Εργασίας και Ασφάλειας. Το τελευταίο αυτό ποσοστό θα έπρεπε να μας προβληματίσει, διότι πιο πάνω αναφέραμε πόσο σημαντική είναι η πρακτική εξάσκηση στην αποτελεσματική εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Θα έπρεπε λοιπόν και οι Δημόσιοι Φορείς να φροντίζουν ώστε η εκπαίδευση των προγραμμάτων επιμόρφωσης που επιδοτούν, έστω να συνδυάζει τη θεωρητική και την πρακτική μέθοδο για καλύτερα αποτελέσματα.

**7.** Όσον αφορά τον χρόνο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, σε ποσοστό 40% η απάντηση είναι 1 μέρα (έως 8 ώρες), σε ποσοστό 30% είναι 2 μέρες (έως 8 ώρες την ημέρα) και σε ποσοστό 30% ότι υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα επιδοτούμενα από το ΥΠΕΚΑ ή τον ΟΑΕΔ που διαρκούν μέρες (35 ή 40 ώρες) και απευθύνονται σε εργοδότες ή/και εργαζομένους υπό προϋποθέσεις. Στις 2 πρώτες περιπτώσεις ο χρόνος της εκπαιδευτικής διαδικασίας εξαρτάται από το εκπαιδευτικό περιεχόμενο και την μέθοδο της διδασκαλίας. Επίσης όταν η εκπαιδευτική μέθοδος περιλαμβάνει και εκπαίδευση στον χώρο εργασίας, ο χρόνος επιμερίζεται ανάλογα με τις ανάγκες των εκπαιδευόμενων.

**8.** Εν συνεχεία εξετάστηκε το μέσο κόστος ενός εκπαιδευτικού προγράμματος. Η αξία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε θέματα ΥΑΕ είναι κατά 50% μεγαλύτερη από 200€. Αυτό συμβαίνει διότι οι εργοδότες απευθύνονται κυρίως σε εταιρείες ΕΞ.Υ.Π.Π. για εκπαίδευση του συνόλου ή μέρος των εργαζομένων του τεχνικού έργου, οπότε και το κόστος διαμορφώνεται άνω των 200€. Μικρότερο από 200 ευρώ είναι σε ποσοστό 40%. Στις περιπτώσεις αυτές η εκπαίδευση αφορά μεμονωμένα άτομα, όπως εργοδότες ή Τεχνικούς Ασφαλείας και σε μονοήμερες συνήθως εκπαιδεύσεις. Επιπλέον εάν ο εργοδότης έχει χρησιμοποιήσει ξανά τις υπηρεσίες της εταιρείας εκπαίδευσης ή συνεργάζεται μαζί της, γίνεται κάποια έκπτωση επί του γενικού συνόλου αμοιβής. Σε ποσοστό 10% οι εταιρείες δηλώνουν ότι το κόστος είναι μηδενικό και επιδοτούμενο από Δημόσιο Φορέα (π.χ. ΟΑΕΔ).

**9.** Εάν την τελευταία αυτήν απάντηση τη συνδυάσουμε με το επόμενο εξετασθέν ερώτημα περί των κρατικών επιδοτήσεων στην εκπαίδευση των εργαζομένων καταλήγουμε σε πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Στο ερώτημα λοιπόν εάν υπάρχουν κρατικές επιδοτήσεις για την εκπαίδευση των εργαζομένων σε τεχνικά έργα, το 30% των εταιρειών απάντησαν θετικά. Πρόκειται για εταιρείες οι οποίες είναι Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων. Σε αυτήν την περίπτωση το κόστος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μπορεί να καλυφθεί από τον Λογαριασμό για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση (ΛΑΕΚ) του ΟΑΕΔ, ή να επιδοτηθεί από προγράμματα του Υπουργείου Εργασίας και Ασφάλειας. Το 70% των υπό μελέτη εταιρειών απάντησαν ότι δεν παρέχουν επιδοτούμενα εκπαιδευτικά προγράμματα. Αυτές είναι κυρίως εταιρίες παροχής υπηρεσιών Υγείας και

Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδεύσεις. Εδώ μπορούμε να επισημάνουμε πως θα ήταν πολύ σημαντικό και εταιρείες όπως οι ΕΞ.Υ.Π.Π να αναλαμβάνουν εκπαιδεύσεις σε επιδοτούμενα προγράμματα από δημόσιους φορείς, διότι πρόκειται για εταιρείες με μεγάλη εμπειρία και εξειδίκευση στα τεχνικά έργα, γεγονός που εξασφαλίζει σωστή και αποτελεσματική εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ. Επίσης θα ήταν πολύ ενθαρρυντικό το κράτος να είχε δημιουργήσει μια λίστα επιδοτούμενων προγραμμάτων εκπαίδευσης εργαζομένων σε τεχνικά έργα, μέσω ΕΞ.Υ.Π.Π. και ΚΔΒΜ, τα οποία εκτός κάποιων γενικών αρχών νομοθεσίας σε θέματα ΥΑΕ, να εξειδικεύονταν σε θέματα κινδύνων στο εργοτάξιο σε διάφορες φάσεις του έργου, στην ασφαλή χρήση μηχανημάτων και στην αντιμετώπιση εκτάκτων συνθηκών στο εργοτάξιο. Έτσι ο κάθε εργοδότης θα μπορούσε εύκολα και χωρίς να σκέφτεται το κόστος, να εκπαιδεύσει τους εργαζομένους του με αποτέλεσμα ένα ασφαλές και παραγωγικό τεχνικό έργο.

**10.** Επιπλέον αναπτύχθηκε η σπουδαιότητα της αξιολόγησης της εκπαίδευσης. Ωστόσο στην ερώτηση εάν γίνεται αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος, το 70% των εταιρειών που μελετήσαμε απάντησαν ότι υπάρχει αυτή η δυνατότητα, ωστόσο γίνεται μόνο ύστερα από συνεννόηση με τον εργοδότη ή εάν εκείνος το επιθυμεί. Αυτές είναι εταιρείες ΕΞΥΠΠ. Δεν αποτελεί δηλαδή προϋπόθεση για να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα η αξιολόγηση των γνώσεων που απέκτησαν οι εργαζόμενοι μετά την εκπαίδευση. Όμως στο 30% των εταιρειών, οι οποίες είναι ΚΔΒΜ, και η εκπαίδευση επιδοτούμενη από τον ΟΑΕΔ ή το ΥΠΕΚΑ, η αξιολόγηση των εργαζομένων μέσω τεστ πολλαπλής επιλογής και η επιτυχία σε αυτό, αποτελεί προϋπόθεση ολοκλήρωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος. Αυτό είναι ένα γεγονός που πρέπει να μας προβληματίσει. Θα έπρεπε βάσει νόμου να είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της εκπαίδευσης από οποιονδήποτε φορέα, σαν προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωση της εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης των εργαζομένων δεν είναι απλώς μια τυπική διαδικασία, αλλά βοηθά να διαπιστωθεί αν οι εργαζόμενοι έχουν αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να εκτελούν τις εργασίες τους με ασφάλεια, εντοπίζει κενά όπου οι εργαζόμενοι ενδεχομένως δεν έχουν κατανοήσει πλήρως τα θέματα ασφάλειας, οπότε και χρειάζεται επανάληψη της εκπαίδευσης και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης παρέχουν πολύτιμα δεδομένα για τη βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Επίσης όταν οι εργαζόμενοι βλέπουν ότι η εκπαίδευση αξιολογείται και βελτιώνεται συνεχώς, αισθάνονται ότι η εταιρεία τους δίνει αξία και ενδιαφέρεται για την ασφάλειά τους, ενισχύοντας το ηθικό τους. Οι καλά εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι, εκτελούν τις εργασίες τους αποτελεσματικότερα και με λιγότερα ατυχήματα, γεγονός που αυξάνει και την συνολική παραγωγικότητα του έργου.



**11.** Εν συνεχεία εξετάστηκε εάν παρέχεται από τις εταιρείες ένα διαπιστευμένο πιστοποιητικό παρακολούθησης, προς τους εργαζόμενους που συμμετείχαν σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε θέματα ΥΑΕ. Το 70% των εταιρειών απάντησε ότι μετά το τέλος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων δεν δίνεται κάποιο διαπιστευμένο πιστοποιητικό παρακολούθησης. Απάντησαν μάλιστα, πώς δεν απαιτείται κάτι τέτοιο και ότι οι εργαζόμενοι που παρακολούθησαν την εκπαίδευση καταγράφονται σε λίστα που τηρείται στην εταιρεία του εργοδότη. Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε ότι τα προγράμματα που εγκρίνονται από την αρμόδια Δ/ση του Υπουργείου Εργασίας χορηγούν στους εκπαιδευόμενους πιστοποιητικό παρακολούθησης (βεβαίωση επιμόρφωσης) βάσει σχετικής Υπουργικής Έγκρισης. Επίσης τα επιδοτούμενα προγράμματα επιμόρφωσης μέσω ΛΑΕΚ του ΟΑΕΔ, χορηγούν βεβαιώσεις παρακολούθησης. Ωστόσο θετικό θα ήταν κάθε εργαζόμενος που παρακολουθεί ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα από οποιοδήποτε φορέα, να παραλαμβάνει ένα πιστοποιητικό συμμετοχής σε αυτό. Κάτι τέτοιο θα αποδεικνύει την επαγγελματική του κατάρτιση σε θέματα ασφάλειας γεγονός που θα ενισχύει το βιογραφικό του, διευρύνοντας τις επαγγελματικές του προοπτικές. Από την άλλη οι εταιρείες που θα έχουν στο ενεργητικό τους εκπαιδευμένους σε θέματα ΥΑΕ εργαζομένους, θα έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες τους. Μάλιστα, εάν επενδύσουν σε εκπαιδευμένους εργαζόμενους, θα ενισχύσουν την φήμη τους, σαν εργοδότες που επενδύουν στην ασφάλεια και την υγεία. Και επί της ουσίας, με τέτοιους εργαζόμενους θα εξασφαλισθεί η ασφάλεια, η παραγωγικότητα και το οικονομικό όφελος για το τεχνικό έργο. Σημαντικό μάλιστα θα ήταν, για την εκτέλεση καθηκόντων στα οποία συχνά προκαλούνται ατυχήματα, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ασφάλειας και η κατοχή πιστοποιητικού να ήταν υποχρεωτική βάσει νομοθεσίας.

**12.** Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευόμενων εργαζομένων παρατηρούμε ότι σε ποσοστό 60% είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, μιας και η πλειοψηφία των εκπαιδευόμενων είναι απλοί εργάτες, όπως φαίνεται και στο ερώτημα 4. Στην συνέχεια ένα ποσοστό 20% είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ένα ποσοστό 20% μεταπτυχιακού επιπέδου. Τα ποσοστά αυτά αντιστοιχούν κυρίως στους εργαζόμενους μηχανικούς που εκπαιδεύονται είτε για να γίνουν Τεχνικοί Ασφαλείας είτε κάνουν σεμινάρια σε θέματα ΥΑΕ.

**13.** Θετική ωστόσο είναι η αξιολόγηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης. Το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε ότι οι εκπαιδευόμενοι εκδηλώνουν ενδιαφέρον και το 30% ότι συμμετέχουν ενεργά με συζήτηση. Εάν το ερώτημα αυτό το συνδυάσουμε και με την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευόμενων καταλήγουμε σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Το 50% των εκπαιδευόμενων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών, το 30% στην ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών και το 20% στην ηλικιακή ομάδα 18-25 ετών. Βλέπουμε λοιπόν ότι οι εκπαιδευόμενοι είναι σε μια παραγωγική ηλικία και ενδιαφέρονται

για την εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα. Μάλιστα καλό είναι να θυμηθούμε ότι οι εργαζόμενοι προτιμούν κυρίως την πρακτική εξάσκηση κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης και φαίνεται ότι εκδηλώνουν ενδιαφέρον προς αυτήν. Για να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο τον ενδιαφέρον των εργαζομένων για την εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας, οι εργοδότες θα μπορούσαν να εφαρμόσουν και κάποιες ελκυστικές στρατηγικές. Για παράδειγμα θα μπορούσαν να παρέχουν κίνητρα στους συμμετέχοντες (π.χ χρηματικά bonus, ρεπό), περισσότερα πρακτικά παραδείγματα και εξάσκηση επί του έργου και δημιουργία ενός εκπαιδευτικού περιβάλλοντος όπου προωθεί την ανοιχτή επικοινωνία και την ανατροφοδότηση.

**14.** Ένα άλλο ενδιαφέρον ερώτημα είναι εάν υπάρχει επικοινωνία των εκπαιδευτών με την εταιρεία, σε ύστερο χρόνο από την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην πράξη. Το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε ότι υπάρχει επικοινωνία με την εταιρεία σε ύστερο χρόνο από την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην πράξη. Οι εταιρείες αυτές είναι εταιρίες παροχής υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδεύσεις. Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε αρνητικά. Πρόκειται για Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα). Εδώ λοιπόν παρατηρούμε ότι όταν οι εργοδότες απευθύνονται ιδιωτικά σε ΕΞ.Υ.Π.Π, διατηρούν επαφή και σε ύστερο χρόνο αξιολογούν εάν η εκπαίδευση είχε θετικά αποτελέσματα στην εξέλιξη του έργου, εάν υπήρχαν κενά και εάν χρειάζεται επανεκπαίδευση των εργαζομένων. Ωστόσο δεν υπάρχει επαναξιολόγηση των γνώσεων των εκπαιδευομένων σε ύστερο χρόνο, όταν πρόκειται για παροχή υπηρεσιών μέσω ΚΔΒΜ, παρά μόνο επανεκπαίδευση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα στους Τεχνικούς Ασφαλείας, μετά το πέρας πολλών ετών από την αρχική εκπαίδευση (εγκύκλιος 2776/15.01.2024). Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να επαναπροσδιορισθεί, διότι η αξιολόγηση σε ύστερο χρόνο των γνώσεων των εκπαιδευομένων θα έπρεπε να ήταν υποχρεωτική βάσει νομοθεσίας και από τα αποτελέσματα να κρινόταν εάν ήταν επαρκής ή εάν έπρεπε να επαναληφθεί. Προκειμένου να διασφαλισθεί η ασφάλεια, η ευημερία και η παραγωγικότητα του τεχνικού έργου.

**15.** Μάλιστα εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι μετά από διάστημα άνω του ενός έτους, το 70% των ερωτηθεισών εταιρειών απάντησε ότι

υπάρχει ενδιαφέρον από τους εργοδότες για επανεκπαίδευση. Οι εταιρείες αυτές είναι εταιρίες παροχής υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ), μέλη του Συνδέσμου ελληνικών εταιρειών που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το Υπουργείο Εργασίας να παρέχουν υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλειας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εκπαιδεύσεις. Ενώ το 30% των εταιρειών απάντησε αρνητικά. Πρόκειται για Κέντρα Δια Βίου Μάθησης πιστοποιημένα από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ). Εταιρείες δηλαδή εξειδικευμένες στο χώρο της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης και Συμβουλευτικής εργαζομένων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα). Στα ΚΔΒΜ δίνεται η δυνατότητα επανεκπαίδευσης μόνο εάν ο εργαζόμενος ενταχθεί ξανά σε κάποιο επιδοτούμενο πρόγραμμα εκπαίδευσης, πράγμα που δεν συνηθίζεται. Όμως από τις εταιρείες ΕΞΥΠΠ είναι ενθαρρυντικό το συμπέρασμα ότι οι εργοδότες ζητούν επανεκπαίδευση των εργαζομένων τους μετά το πέρας του έτους. Αυτό μας δείχνει ότι έχουν καταλάβει ότι η εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα είναι κρίσιμη για την προστασία των εργαζομένων, την προαγωγή μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας στον εργασιακό χώρο, την διασφάλιση της νομιμότητας και τη βελτίωση της παραγωγικότητας του τεχνικού έργου.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η υγεία και ασφάλεια στα τεχνικά έργα περιλαμβάνει όλα εκείνα τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται ώστε να εξασφαλίζεται η υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, να προλαμβάνονται τα ατυχήματα και να βελτιώνονται οι συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον. Τα εργοτάξια είναι χώροι που διαρκώς μεταβάλλονται και στους οποίους ελλοχεύουν πολλοί κίνδυνοι για τραυματισμούς και ατυχήματα. Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι ότι οι εργαζόμενοι στα τεχνικά έργα δεν διαθέτουν, κατά πλειοψηφία, εκπαίδευση και ειδικευση. Η εκπαίδευση συνιστά έναν από τους κυριότερους τρόπους για την εξασφάλιση και διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων, μέσω της οποίας δύναται να μειωθούν τα εργατικά ατυχήματα. Αν και τα πλαίσια της εκπαίδευσης περιγράφονται και προβλέπονται από την ελληνική νομοθεσία, η υλοποίηση αυτών χωλαίνει. Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία επικεντρώθηκε στις τεχνικές και τις μεθόδους εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας σε τεχνικά έργα για τη μείωση του κινδύνου ατυχημάτων και τη διασφάλιση της ασφάλειας των έργων. Στόχος της εργασίας ήταν να καταδείξει τη σημασία και την αξία του σωστού τρόπου εκπαίδευσης των εργαζομένων και να διερευνήσει τα προβλήματα που εμποδίζουν την σωστή και ολοκληρωμένη εκπαίδευσή τους. Να παρουσιάσει τις μεθόδους εκπαίδευσης που επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες, τα κριτήρια επιλογής τους, την αποτελεσματικότητά τους και την ανάγκη για αξιολόγησή τους.

Τέλος, να προσφέρει κατευθύνσεις για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει το θεωρητικό μέρος, μέσω βιβλιογραφικής έρευνας (βιβλία, επιστημονικές δημοσιεύσεις, τεχνικές οδηγίες, διπλωματικές εργασίες, άρθρα σε ιστότοπους, νομοθεσία) και το πρακτικό, μέσω μελέτης περίπτωσης με την μορφή ερωτηματολογίου σε 10 ιδιωτικές εταιρείες που το αντικείμενό τους είναι η εκπαίδευση εργαζομένων σε τεχνικά έργα, σε θέματα ασφάλειας. Με την διαδικασία αυτή εξετάστηκε σε ποιους κυρίως απευθύνονται τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα, ποιο είναι το περιεχόμενό τους, για ποιόν κυρίως λόγο ασφάλειας απευθύνονται σε αυτές τις εταιρείες οι εργοδότες και ποιά είναι τα κριτήρια επιλογής της εκάστοτε μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες. Εξετάστηκαν επίσης και άλλα στοιχεία μας βοήθησαν να βγάλουμε συμπεράσματα για το ποιοι είναι οι κυριότεροι τρόποι εκπαίδευσης που προτιμώνται από τους εργοδότες για την εκπαίδευση των εργαζομένων τους σε θέματα ασφάλειας, με ποιους τρόπους θα μπορούσαμε να αντιμετωπίσουμε την ελλιπή εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα και να δοθούν κατευθύνσεις για την ανάπτυξη νέων αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω κεφάλαια φαίνεται ότι: Πυρήνας του σχετικού νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, το οποίο περιλαμβάνει πληθώρα επιμέρους νομοθετημάτων (ιδίως με τη μορφή Π.Δ.) για γενικούς και ειδικούς επαγγελματικούς κινδύνους ή χώρους εργασίας, αποτελεί ο Κώδικας Νόμων για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (ΚΝΥΑΕ) που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του Ν. 3850/2010 (ΦΕΚ Α΄ 84). Σύμφωνα με το άρθρο 48 του Ν. 3850/2010 και το άρθρο 7 Π.Δ. 395/1994, ο εργοδότης οφείλει στο πλαίσιο της ασφαλούς εκτέλεσης των εργασιών και της προστασίας της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων, να παρέχει κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση στους εργαζόμενους για την ασφαλή εκτέλεση των εργασιών και τη χρήση του εξοπλισμού. Η γενική αξιολόγηση του συστήματος ΥΑΕ στην χώρα μας λαμβάνει θετικό πρόσημο, ιδίως ως προς την πληρότητα του νομοθετικού πλαισίου και την παρουσία των βασικών θεσμών παροχής υπηρεσιών πρόληψης, ελέγχου και κοινωνικής διαβούλευσης. Ωστόσο υπάρχουν παθογένειες που δυσχεραίνουν την λειτουργία του, όπως: α) η πλημμελής εφαρμογή της νομοθεσίας για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία και ο δυσχερής έλεγχος στα τεχνικά έργα, β) η διαχρονική υστέρηση αναφορικά με την υιοθέτηση και εφαρμογή του ισχύοντος θεσμικού και νομοθετικού πλαισίου για την ΥΑΕ από τμήματα του δημόσιου τομέα, όπως στα τεχνικά έργα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, γ) το γεγονός ότι η συμμόρφωση στους κανόνες ΥΑΕ αποτελεί πρωτίστως ζήτημα εμπέδωσης νοοτροπίας (κουλτούρας) πρόληψης και μάλιστα από την αρχή, δεδομένου ότι, οι σημερινοί μαθητές και σπουδαστές θα είναι οι αυριανοί εργοδότες και εργαζόμενοι (Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία 2022-2027, ΦΕΚ 4359/17.08.2022).

Σύμφωνα με τους Μαρχαβίλα και Κουλουριώτη (2007), τα εργοτάξια τεχνικών-κατασκευαστικών έργων είναι χώροι όπου οι συνθήκες μεταβάλλονται συνεχώς και διακρίνονται από ιδιαιτερότητες οι οποίες αυξάνουν τόσο την πιθανότητα, όσο και τη σοβαρότητα των ατυχημάτων, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι σοβαρά ή και θανατηφόρα, καθώς ένας στους τρεις εργαζόμενους που χάνουν τη ζωή τους κατά την εργασία ανήκει στο χώρο των κατασκευών. Η πιθανότητα εργατικού ατυχήματος στα τεχνικά έργα είναι διπλάσια από το μέσο όρο όλων των άλλων κλάδων. Όπως προκύπτει από τις ετήσιες στατιστικές των Εργατικών Ατυχημάτων που εκδίδουν το Υπουργείο Εργασίας και το Ι.Κ.Α., οι εργαζόμενοι στους χώρους αυτούς δε διαθέτουν, κατά μεγάλη πλειοψηφία, εκπαίδευση και ειδικευση. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η εκπαίδευση των εργαζομένων αποτελεί ένα σημαντικό προληπτικό μέτρο για την αποφυγή ατυχημάτων στα εργοτάξια και διασφαλίζει την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφαλείας στους εργαζομένους. Επιπλέον αυξάνει την παραγωγικότητα, ανυψώνει το ηθικό των εργαζομένων, μειώνεται η ανάγκη για επίβλεψη και υπάρχει αυξημένη οργανωσιακή σταθερότητα και ευελιξία. Αφού λοιπόν έχουν καθοριστεί οι ανάγκες και οι στόχοι της εκπαίδευσης, η διοίκηση επιλέγει τις κατάλληλες μεθόδους και τα μέσα υλοποίησης των σχετικών προγραμμάτων (Mondy and Mondy, 2011). Επιπλέον μετά το τέλος της εκπαίδευσης απαραίτητη είναι η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που αποτελεί την διαδικασία απόκτησης πληροφοριών για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, και αποτίμηση της αξίας του προγράμματος σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς στόχους (Παπαλεξανδρής και Μπουραντάς, 2003).

Πραγματοποιήθηκε λοιπόν μελέτη περίπτωσης με την μορφή ερωτηματολογίου σε 10 ιδιωτικές εταιρείες που το αντικείμενό τους είναι η εκπαίδευση εργαζομένων σε τεχνικά έργα, σε θέματα ασφάλειας. Αναλυτικότερα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 21 ερωτήσεις, κλειστού και ανοικτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω email σε μορφή word. Οι απαντήσεις δόθηκαν είτε μέσω email είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στην συνέχεια τα αποτελέσματα της έρευνας καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν με ποσοστιαία απεικόνιση.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προκύπτουν αξιολογικά συμπεράσματα:

- Σημαντικό είναι ότι από τις 10 ιδιωτικές επιχειρήσεις που μελετήσαμε δειγματοληπτικά οι 3 ήταν εταιρείες οι οποίες είναι ΚΔΒΜ πιστοποιημένα από τον ΕΟΠΠΕΠ, όπου απευθύνονται κυρίως εργαζόμενοι για να ενταχθούν σε επιδοτούμενα προγράμματα, το κόστος των οποίων καλύπτεται από τον ΛΑΕΚ του ΟΑΕΔ, ή εργοδότες, μηχανικοί και εργαζόμενοι οι οποίοι θέλουν να ενταχθούν σε επιδοτούμενα προγράμματα επιμόρφωσης του ΥΠΕΚΑ για Τ.Α. Οι άλλες 7 ήταν εταιρείες παροχής υπηρεσιών ΥΑΕ, που προσφέρουν Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), αδειοδοτημένες από το ΥΠΕΚΑ. Σε αυτές τις εταιρείες απευθύνονται εργοδότες για να εκπαιδεύσουν κυρίως τους εργαζομένους τους σε θέματα ΥΑΕ.

- Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι οι εκπαιδευτές είναι υψηλού επιπέδου, καθώς γίνονται από έμπειρους και καταρτισμένους εκπαιδευτές, επιπέδου Τεχνικού Ασφαλείας (κατά 60%) και Μηχανικών με Μεταπτυχιακή/Διδακτορική εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ (κατά 40%).
- Το 60% των εταιρειών δήλωσε ότι η εκπαίδευσή τους απευθύνεται σε εργαζομένους. Άρα κυρίως η εκπαίδευση απευθύνεται σε εργαζόμενους σε τεχνικά έργα. Αυτό σημαίνει ότι οι επιχειρήσεις έχουν αντιληφθεί ότι η εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ΥΑΕ σε τεχνικά έργα, δεν είναι μια διαδικασία τυπική, αλλά επένδυση για την ασφάλεια των εργαζομένων και την αποτελεσματικότητα του τεχνικού έργου.
- Επιπλέον κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης δεν γίνεται μονοθεματική ενημέρωση, αλλά υπάρχει ευρεία θεματολογία ενημέρωσης, σε θέματα ΥΑΕ.
- Ένα πολύ ενδιαφέρον συμπέρασμα είναι επίσης ότι οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες και οι πάροχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σαν μέθοδο εκπαίδευσης προτιμούν αυτήν που περιέχει και πρακτική εξάσκηση για τους εργαζόμενους. Όμως το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των ΚΔΒΜ και η μέθοδος εκπαίδευσης που χρησιμοποιούν, καθορίζεται από δημόσιο φορέα (ΥΠΕΚΑ, ΟΑΕΔ) που το προκηρύσσει και είναι θεωρητική. Αυτό θα ήταν καλό να αλλάξει και οι Δημόσιοι Φορείς να δίνουν την δυνατότητα και για πρακτικές εκπαιδεύσεις για ασφαλέστερα αποτελέσματα σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Το γεγονός αυτό επηρεάζει και τα κριτήρια επιλογής της μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες. γιατί ενώ είναι κατά πλειοψηφία το είδος του κινδύνου που απαιτεί εκπαίδευση των εργαζομένων για αποφυγή ατυχήματος, στα ΚΔΒΜ η μέθοδος εκπαίδευσης είναι προκαθορισμένη από το Φορέα προκήρυξης και είναι κατά κύριο λόγο θεωρητική.
- Σε σχέση τώρα με το κόστος και την ύπαρξη ή όχι επιδοτούμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι μόνο στα ΚΔΒΜ (30% των εταιρειών) το κόστος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μπορεί να καλυφθεί από τον ΟΑΕΔ, ή να επιδοτηθεί από το ΥΠΕΚΑ. Οι ΕΞΥΠΠ δεν παρέχουν επιδοτούμενα εκπαιδευτικά προγράμματα. Θα ήταν λοιπόν πολύ σημαντικό και αυτές οι εταιρείες να αναλαμβάνουν εκπαιδεύσεις σε επιδοτούμενα προγράμματα από δημόσιους φορείς, διότι πρόκειται για εταιρείες με μεγάλη εμπειρία και εξειδίκευση στα τεχνικά έργα. Επίσης θα ήταν πολύ ενθαρρυντικό το κράτος να είχε δημιουργήσει μια λίστα επιδοτούμενων προγραμμάτων εκπαίδευσης εργαζομένων σε τεχνικά έργα, μέσω ΕΞ.Υ.Π.Π. και ΚΔΒΜ, τα οποία εκτός κάποιων γενικών αρχών νομοθεσίας σε θέματα ΥΑΕ, να εξειδικεύονταν σε θέματα κινδύνων στο εργοτάξιο σε διάφορες φάσεις του έργου, στην ασφαλή χρήση μηχανημάτων και στην αντιμετώπιση εκτάκτων συνθηκών στο εργοτάξιο.
- Ένα επίσης ενδιαφέρον συμπέρασμα είναι το γεγονός ότι στις εταιρείες ΕΞΥΠΠ δεν αποτελεί προϋπόθεση για να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα η αξιολόγηση των γνώσεων που απέκτησαν οι εργαζόμενοι μετά την εκπαίδευση.

Αντίθετα στα ΚΔΒΜ όπου η εκπαίδευση είναι επιδοτούμενη από τον ΟΑΕΔ ή το ΥΠΕΚΑ, η αξιολόγηση των εργαζομένων μέσω τεστ πολλαπλής επιλογής και η επιτυχία σε αυτό, αποτελεί προϋπόθεση ολοκλήρωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος. Αυτό είναι ένα γεγονός που πρέπει να μας προβληματίσει. Θα έπρεπε βάσει νόμου να είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της εκπαίδευσης από οποιονδήποτε φορέα, σαν προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωση της εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα. Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης των εργαζομένων δεν είναι απλώς μια τυπική διαδικασία, αλλά βοηθά να διαπιστωθεί αν οι εργαζόμενοι έχουν αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να εκτελούν τις εργασίες τους με ασφάλεια, εντοπίζει κενά όπου οι εργαζόμενοι ενδεχομένως δεν έχουν κατανοήσει πλήρως τα θέματα ασφάλειας, οπότε και χρειάζεται επανάληψη της εκπαίδευσης και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης παρέχουν πολύτιμα δεδομένα για τη βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

- Επιπλέον στις εταιρείες ΕΞΥΠΠ δεν δίνεται πιστοποιητικό παρακολούθησης, προς τους εργαζόμενους που συμμετείχαν σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε θέματα ΥΑΕ καθώς δεν απαιτείται για την ολοκλήρωση του προγράμματος. Ωστόσο θετικό θα ήταν κάθε εργαζόμενος που παρακολουθεί ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα από οποιονδήποτε φορέα, να παραλαμβάνει ένα πιστοποιητικό συμμετοχής σε αυτό. Κάτι τέτοιο θα αποδεικνύει την επαγγελματική του κατάρτιση σε θέματα ασφάλειας γεγονός που θα ενισχύει το βιογραφικό του, διευρύνοντας τις επαγγελματικές του προοπτικές. Από την άλλη οι εταιρείες που θα έχουν στο ενεργητικό τους εκπαιδευμένους σε θέματα ΥΑΕ εργαζομένους, θα έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες τους.

- Σημαντικό μάλιστα θα ήταν, για την εκτέλεση καθηκόντων στα οποία συχνά προκαλούνται ατυχήματα, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ασφάλειας και η κατοχή πιστοποιητικού να ήταν υποχρεωτική βάσει νομοθεσίας. Καλό θα ήταν επίσης, αν και το ενδιαφέρον των εργαζομένων για εκπαίδευση είναι μεγάλο, για να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο, οι εργοδότες να εφαρμόζαν κάποιες ελκυστικές στρατηγικές. Για παράδειγμα θα μπορούσαν να παρέχουν κίνητρα στους συμμετέχοντες (π.χ. χρηματικά bonus, ρεπό), περισσότερα πρακτικά παραδείγματα, εξάσκηση επί του έργου και δημιουργία ενός εκπαιδευτικού περιβάλλοντος όπου προωθεί την ανοιχτή επικοινωνία και την ανατροφοδότηση.

- Παρατηρείται επίσης ότι όταν οι εργοδότες απευθύνονται ιδιωτικά σε ΕΞ.Υ.Π.Π, διατηρούν επαφή και σε ύστερο χρόνο αξιολογούν εάν η εκπαίδευση είχε θετικά αποτελέσματα στην εξέλιξη του έργου, εάν υπήρχαν κενά και εάν χρειάζεται επανεκπαίδευση των εργαζομένων. Ωστόσο δεν υπάρχει επαναξιολόγηση των γνώσεων των εκπαιδευομένων σε ύστερο χρόνο, όταν πρόκειται για παροχή υπηρεσιών μέσω ΚΔΒΜ, παρά μόνο επανεκπαίδευση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα στους Τ.Α, μετά το πέρας πολλών ετών από την αρχική εκπαίδευση. Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να επαναπροσδιορισθεί, διότι η

αξιολόγηση σε ύστερο χρόνο των γνώσεων των εκπαιδευομένων θα έπρεπε να ήταν υποχρεωτική βάσει νομοθεσίας και από τα αποτελέσματα να κρινόταν εάν ήταν επαρκής ή εάν έπρεπε να επαναληφθεί, προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφάλεια, η ευημερία και η παραγωγικότητα του τεχνικού έργου.

- Μάλιστα εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι μετά από διάστημα άνω του ενός έτους, υπάρχει ενδιαφέρον από τους εργοδότες για επανεκπαίδευση. Αξιοσημείωτο ωστόσο είναι ότι μόνο οι εταιρείες ΕΞΥΠΠ δίνουν την δυνατότητα επανεκπαίδευσης. Αντίθετα στα ΚΔΒΜ δίνεται η δυνατότητα επανεκπαίδευσης μόνο εάν ο εργαζόμενος ενταχθεί ξανά σε κάποιο επιδοτούμενο πρόγραμμα εκπαίδευσης, πράγμα που δεν συνηθίζεται. Όμως από τις εταιρείες ΕΞΥΠΠ είναι ενθαρρυντικό το συμπέρασμα ότι οι εργοδότες ζητούν επανεκπαίδευση των εργαζομένων τους. Αυτό μας δείχνει ότι έχουν καταλάβει ότι η εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα είναι κρίσιμη για την προστασία των εργαζομένων, την προαγωγή μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας στον εργασιακό χώρο, την διασφάλιση της νομιμότητας και τη βελτίωση της παραγωγικότητας του τεχνικού έργου.

Εν κατακλείδι, ως αναστοχασμός για περαιτέρω μελλοντική έρευνα θα ήταν:

- Να διερευνηθεί η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και μόλις λήγει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αλλά και μετά το πέρας λίγων μηνών οπότε και θα υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα του εκπαιδευτικού προγράμματος και για το εάν είναι τελικά αποτελεσματικό.

- Να αναλυθεί η συμπεριφορά των εργαζομένων μετά την εκπαίδευση και να εξετασθεί η αποτελεσματικότητα της πρακτικής εξάσκησης στην οποία εκδηλώνουν ενδιαφέρον, αλλά και άλλων εκπαιδευτικών μεθόδων.

- Τέλος, περισσότερες διερευνητικές εργασίες αλλά και νομοθετικές βελτιώσεις θα πρέπει να εστιάσουν στην αξιολόγηση σε συνδυασμό με την επανεκπαίδευση των εργαζομένων, ώστε να κριθεί εάν η μέθοδος εκπαίδευσης που χρησιμοποιήθηκε είναι επαρκής ή εάν πρέπει να επαναπροσδιορισθεί, μιας και η σωστή εκπαιδευτική μέθοδος, αποτελεί επένδυση στην ασφάλεια, την ευημερία, την αποδοτικότητα των εργαζομένων και την παραγωγικότητα των τεχνικών έργων.

Η πρωτοτυπία της παρούσης μελέτης έγκειται στο ότι για πρώτη φορά (σύμφωνα και με τη διερεύνηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας την οποία συντελέσαμε) πραγματοποιήθηκαν τα εξής:

A) Έγινε εστίαση στις τεχνικές και τις μεθόδους εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας σε τεχνικά έργα για τη μείωση του κινδύνου ατυχημάτων και τη διασφάλιση της ασφάλειας των έργων.

B) Καταδείχθηκε η σημασία και η αξία του σωστού τρόπου εκπαίδευσης των εργαζομένων και διερευνήθηκαν τα προβλήματα που εμποδίζουν την σωστή και ολοκληρωμένη εκπαίδευσή τους.



Γ) Παρουσιάσθηκαν μέθοδοι εκπαίδευσης που επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες, τα κριτήρια επιλογής τους, η αποτελεσματικότητά τους και η ανάγκη για αξιολόγησή τους.

Δ) Προσφέρθηκαν κατευθύνσεις για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ στα τεχνικά έργα.

Ε) Χρησιμοποιήθηκε ειδική αποτελεσματική μεθοδολογία που περιελάμβανε το θεωρητικό μέρος, μέσω βιβλιογραφικής έρευνας (βιβλία, επιστημονικές δημοσιεύσεις, τεχνικές οδηγίες, διπλωματικές εργασίες, άρθρα σε ιστότοπους, νομοθεσία) και το πρακτικό, μέσω μελέτης περίπτωσης με την μορφή ερωτηματολογίου σε 10 ιδιωτικές εταιρείες που το αντικείμενό τους είναι η εκπαίδευση εργαζομένων σε τεχνικά έργα, σε θέματα ασφάλειας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Αλεξίου Θ.** (2006). Εργασία, εκπαίδευση και κοινωνικές τάξεις. Το ιστορικό - θεωρητικό πλαίσιο. *Εκδόσεις Παπαζήση*.
2. **Ανδρεάδης Π.** και **Παπαϊωάννου Γ.** (2004) Υγιεινή και Ασφάλεια Εργαζομένου, Οδηγός Τεχνικού Ασφάλειας. *Εκδόσεις Ίων*.
3. **Βανταράκης Α., Κλεπετσάνης Π., Παντελιού Σ., Παπαδοπούλου Χ.** και **Κωνσταντοπούλου Γ.** (2013). Οδηγός υγιεινής και ασφάλειας Πανεπιστημίου Πατρών. *Πανεπιστήμιο Πατρών*.
4. **Brun E.** (Ed.). (2009). The occupational safety and health of cleaning workers. *Publications Office. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work*.
5. **Chen Q.** and **Jin J.** (2015). A comparison of subgroup construction workers' perceptions of a safety program. *Safety Science*. **74**:15-22.
6. **Δημητρόπουλος Ε.Γ.** (2002) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: ένα συστημικό δυναμικό μοντέλο, Αθήνα. *Εκδόσεις Έλλην*.
7. **Διεθνής Οργάνωση Εργασίας - International Labour Organization - ILO.** (2023). Ανακτήθηκε στις 10.11.2023 από [www.elinyae.gr](http://www.elinyae.gr), [www.unric.org/el](http://www.unric.org/el), [www.el.wikipedia.org/wiki/](http://www.el.wikipedia.org/wiki/)
8. **Δόση - Σιββά Μ.** (2007). Ασφάλεια Στα Εργοτάξια. Θεσσαλονίκη: *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.* 17-33
9. **Δρίβας Σ.** και **Παπαδόπουλος Μ.** (2013). Η Εκτίμηση του Επαγγελματικού Κινδύνου. *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*
10. **Δρίβας Σ** και **Παπαδόπουλος Μ.** (2007). Γραπτή Εκτίμηση του Επαγγελματικού Κινδύνου. Αθήνα. *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*
11. **Δρίβας Σ., Ζορμπά Κ.Ν.** και **Κουκουλάκη Θ.** (2000) Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. Β Έκδοση. Αθήνα. *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*
12. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2017). Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία 2016-2020 Αριθμ. 48416/2564 (ΦΕΚ Β 3757/25.10.2017).
13. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2022). Έγκριση Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία 2022-2027 Αριθμ. 73066 (ΦΕΚ Β 4359/17.08.2022).
14. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2010). Νόμος 3850/2010 (ΦΕΚ 84 Α/02.06.2010) «Κύρωση του κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων».
15. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1996). Προεδρικό Διάταγμα 17/1996 (ΦΕΚ Α 11/18.1.1996) «Μέτρα για βελτίωση ασφάλειας και υγείας εργαζομένων σύμφωνα με οδηγίες της ΕΟΚ».
16. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία EU-OSHA.** (2023). Ανακτήθηκε στις 10.11.2023 από <https://osha.europa.eu/el/about>
17. **Ζορμπά Κ.** (2005) Θέματα υγιεινής και ασφάλεια. *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*
18. **Fuente V., Lopez M., Gonzalez I., Alcantara O.** and **Ritzel D.** (2014). The impact of the economic crisis on occupational injuries. *Journal of Safety Research*. **48**:77-82.
19. **Goh Y.M.,** and **Ubeynarayana C.U.** (2017). Construction accident narrative classification: An evaluation of text mining techniques. *Accident Analysis and Prevention*. **108**:122-130.

20. **Hansch, T.** (2008). How to get more out of in-house training. HVACR distribution business. [www.contractingbusiness.com/hvacrdb/article/20858474/how-to-get-more-out-of-in-house-training](http://www.contractingbusiness.com/hvacrdb/article/20858474/how-to-get-more-out-of-in-house-training)
21. **Ismail Z., Doostdar S. and Harun Z.** (2012). Factors Influencing the Implementation of a Safety Management System for Construction Sites. *Safety Science*. **50**(3):418-421.
22. **Καλαμπούκας Γ., Μανωλιάδης Ο., Σαΐνη Κ., Σουφλής Κ. και Σουφλής Ι.** (2003). Νομοθεσία και Ασφάλεια Τεχνικών Έργων. Τόμ. Γ'. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
23. **Karim M., Choudhury M.M. and Latif W.B.** (2019). The impact of training and development on Employees' performance: an analysis of quantitative data. *Noble International Journal of business and management research*. **3**(2):25-33.
24. **Κατσιακώρη Π.** (2016). Νομοθεσία και Ασφάλεια Τεχνικών Έργων. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
25. **Μανιάτης Α.** (2008) Νομοθεσία και Ασφάλεια Τεχνικών Έργων. Τόμ. Α' - Μέρος Β'. Πάτρα. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
26. **Μαρχαβίλας Π. και Κουλουριώτης Δ.** (2007) Εκτίμηση της Επικινδυνότητας σε Εργοταξιακούς Χώρους Παραγωγής και Κατασκευής Τεχνικών Έργων με Χρήση Τεχνικής Ποσοτικής Αποτίμησης και Στατιστικών Στοιχείων Ατυχημάτων. *ΤΕΕ, Ι*. **1-2**:47-49.
27. **Μαρχαβίλας Π.Κ.** (2009) Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας - Διαχείριση του Επαγγελματικού Κινδύνου. Θεσσαλονίκη. *Εκδόσεις Τζιόλα*.
28. **Marhavilas P., Koulouriotis D., Nikolaou I. and Tsotoulidou S.** (2018) International occupational Health and safety management-systems standards as a frame for the sustainability: Mapping the territory. *Sustainability*. **10**(10):1-4.
29. **Marín L.S., Lipscomb H., Cifuentes M., and Punnett L.** (2017). Associations between safety climate and safety management practices in the construction industry. *American Journal of Industrial Medicine*. **60**(6):557-561.
30. **Mondy R.W. and Mondy J.B.** (2011). Διοίκηση ανθρώπινων πόρων. Μετάφραση και επιμέλεια **Ψυχογιός Γ.Α.** 11η εκδ. *Εκδόσεις Τζιόλα*.
31. **Μουζά - Λαζαριδη Α.Μ.** (2013). Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. *Εκδόσεις Ζυγός*.
32. **Μουρούτσος Σ.Γ.** (2013) Υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία. Αθήνα. *Εκδόσεις Τσότρας*.
33. **Μπουραντάς Δ.** (2003) Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. *Εκδόσεις Γ. Μπένου*.
34. **Mungen U. and Gurcanli G.M.** (2009). An occupational safety risk analysis method at construction sites using. *International Journal of Industrial Ergonomics*. **39**:371-387.
35. **Ξηροτύρη - Κουφίδου Σ.** (2001). Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων: Η πρόκληση του 21ου αιώνα στο εργασιακό περιβάλλον. 3η εκδ. *Εκδόσεις Ανικούλα*.
36. **Onyango J.W. and Manyoike D.M.** (2014). Effects of training on employee performance: a survey of health workers in Siaya County, Kenya. *European journal of material sciences*. **1**(1):11-15
37. **Πανάγος Φ.** (2016). Ασφάλεια και Υγεία των Εργαζομένων στα Τεχνικά Έργα. Η σημασία της Πρόληψης και ο ρόλος του Λογισμικού στην εκπόνηση Σχεδίου Ασφάλειας και Υγείας και Φακέλου Ασφάλειας και Υγείας Τεχνικού Έργου. ΜΔΕ. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
38. **Παπαλεξανδρή Ν. και Μπουραντάς Δ.** (2003). Διοίκηση ανθρώπινων πόρων. *Εκδόσεις Γ. Μπένου*.

39. **Priyadarshani K., Karunasena G. and Jayasuriya S.** (2013). Construction Safety Assessment Framework for Developing Countries: A Case Study of Sri Lanka. *Journal of Construction in Developing Countries*. **18**(1):33-51.
40. **Rowden R.** (2005). Exploring methods to evaluate the return-on-investment from training. *Business forum*. **27**:31-36.
41. **Rowilson S. and Jia Y.A.** (2015). Construction accident causality: An institutional analysis of heat illness incidents on site. *Safety Science*. **78**:179-182.
42. **Σαΐνη Κ., Σουφλής Ι. και Σουφλής Κ.** (2004) Νομοθεσία και ασφάλεια τεχνικών έργων: ασφάλεια εκτέλεσης έργων. Τόμος Β'. Πάτρα. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
43. **Schuler F. and Jackson S.** (1996). Human Resource Management, positioning for the 21st century. 6th ed. *West Publishing Company*.
44. **Seo H.C., Lee Y.S., Kim J.J. and Jee N.Y.** (2015). Analyzing Safety Behaviors of Temporary Construction Workers Using Structural Equation Modeling. *Safety Science*. **77**:160-168.
45. **Sullivan J.** (2007). HR's burden of proof. *Workforce management*. **86**:26
46. **Ταργουζίδης Α. και Βαγιόκας Ν.** (2004) Τεχνικά Έργα: Βασικοί κίνδυνοι και Μέτρα πρόληψης, *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*
47. **Ταργουζίδης Α.** (2007). Το Φαινόμενο του Εργατικού Ατυχήματος Μοντέλα Ατυχημάτων, Ανθρώπινο Λάθος, Αντίληψη Κινδύνου. Αθήνα. *Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*
48. **Τερζίδης Κ. και Τζωρτζάκης Κ.** (2004). Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, διοίκηση προσωπικού. Αθήνα. *Εκδόσεις Rosili*.
49. **Tender M. and Couto J.P.** (2016). Safety and health as a criterion in the choice of tunneling method. Chap. In: Occupational Safety and Hygiene IV. pp. 153-155.
50. **Χυτήρης Λ.** (2001). Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων. *Εκδόσεις Interbooks*.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το κάτωθι ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ιδιωτικές εταιρείες που εξειδικεύονται στην εκπαίδευση εργαζομένων σε θέματα ασφάλειας σε τεχνικά έργα, ενώ η συμπλήρωσή του γίνεται ανώνυμα.

**Ερώτηση 1η:** ποιες είναι οι ειδικότητες των εκπαιδευτών σας;

α) Μηχανικοί με Μεταπτυχιακή/Διδακτορική εκπαίδευση σε θέματα ΥΑΕ

β) Τεχνικοί Ασφαλείας

γ) Μηχανικοί με πολυετή εμπειρία

δ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 2η:** ποια είναι η εκπαίδευση των εκπαιδευτών σας;

α) Επιπέδου Τεχνικού Ασφαλείας

β) Μηχανικοί ύστερα από παρακολούθηση σεμιναρίων σχετικών με την υγεία και την ασφάλεια σε τεχνικά έργα

γ) Μηχανικοί με πιστοποίηση σε θέματα ΥΑΕ από φορέα, όπως.....

δ) Μηχανικοί με πολυετή εμπειρία

ε) Επιπέδου Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού σε ΥΑΕ

στ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 3η:** ποιοί είναι το επίπεδο εμπειρίας των εκπαιδευτών σας;

α) <15 έτη

β) >15 έτη

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 4η:** σε ποιους απευθύνονται κυρίως τα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρετε;

α) Σε Τεχνικούς Ασφαλείας τεχνικών έργων

β) Σε συντονιστές ασφαλείας

γ) Σε εργοδότες

δ) Σε εργοδηγούς

ε) Σε απλούς εργάτες

στ) Σε επιβλέποντες μηχανικούς

ζ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 5η:** ποιο είναι συνήθως το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος;

α) Γενικές Αρχές Ασφάλειας και Υγείας

β) Νομοθετικό Πλαίσιο Ασφάλειας και Υγείας σε τεχνικά έργα

γ) Ο Ρόλος του Τεχνικού Ασφαλείας και του Ιατρού Εργασίας

δ) Σχέδιο Ασφάλειας και Υγείας, Φάκελος Ασφάλειας και Υγείας έργου

ε) Κυριότεροι κίνδυνοι στο εργοτάξιο

στ) Ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου

ζ) Απαιτήσεις Υγείας και Ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου

η) Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης για Εργαζομένους (Πυρκαγιά, Σεισμός, Ατύχημα)

θ) Χειρωνακτική Διακίνηση Φορτίων

- ι) Προστασία από Ηλεκτρικούς Κινδύνους
- ια) Εργαλεία Χειρός - Ηλεκτρικά Εργαλεία - Υδραυλικά Έργα
- ιβ) Φυσικοί και Χημικοί Παράγοντες κ.ά.
- ιγ) Απαιτήσεις πυρασφάλειας - πυροπροστασίας
- ιδ) Σημάνσεις ασφάλειας και υγείας χώρων εργασίας και εξοπλισμού
- ιε) Βλαπτικοί παράγοντες για την υγεία (θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός)
- ιστ) Προδιαγραφές, απαιτήσεις και χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας
- ιζ) Πρώτες βοήθειες
- ιη) Ασφαλής εργασία σε ύψος
- θ) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 6η:** για ποιο λόγο ασφάλειας απευθύνονται κυρίως σε εσάς οι εργοδότες;

- α) Για προληπτική εκπαίδευση του Νομοθετικού Πλαίσιο Ασφάλειας και Υγείας σε τεχνικά έργα
- β) Εκπαίδευση όσον αφορά τον Ρόλο του Τεχνικού Ασφαλείας και του Ιατρού Εργασίας
- γ) Εκπαίδευση σχετικά με το Σχέδιο Ασφάλειας και Υγείας και τον Φάκελο Ασφάλειας και Υγείας έργου
- δ) Εκπαίδευση για την Ασφάλεια στην χρήση μηχανημάτων έργου
- ε) Εκπαίδευση για τις Απαιτήσεις Υγείας και Ασφάλειας στις διαφορετικές φάσεις ενός τεχνικού έργου
- ζ) Εκπαίδευση για την Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης για Εργαζομένους (Πυρκαγιά, Σεισμός, Ατύχημα)
- η) Εκπαίδευση για τις Απαιτήσεις πυρασφάλειας-πυροπροστασίας
- θ) Σημάνσεις ασφάλειας και υγείας χώρων εργασίας και εξοπλισμού
- ι) Εκπαίδευση για τους Βλαπτικοί παράγοντες για την υγεία (θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός)
- ια) Εκπαίδευση για τις απαιτήσεις και την χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας
- ιβ) Πρώτες βοήθειες
- ιγ) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 7η:** τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι πιστοποιημένα από Διεθνείς Φορείς Πιστοποίησης;

- α) ΝΑΙ (Φορέας Πιστοποίησης.....)
- β) ΟΧΙ
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 8η:** ποιες μεθόδους εκπαίδευσης χρησιμοποιείτε;

- α) Θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια)
- β) Θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων
- γ) Πρακτική εξάσκηση
- δ) Θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας
- ε) Υπόδυση ρόλων
- στ) Εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας
- ζ) Εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση)
- η) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 9η:** ποιες μέθοδοι εκπαίδευσης επιλέγονται κυρίως από τους εργοδότες;

- α) Θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια)
  - β) Θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων
  - γ) Πρακτική εξάσκηση
  - δ) Θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας
  - ε) Υπόδυση ρόλων
  - στ) Εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας
  - ζ) Εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση)
  - η) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 10η:** ποια είναι τα κριτήρια επιλογής της εκάστοτε μεθόδου εκπαίδευσης από τους εργοδότες;

- α) Ηλικία εκπαιδευόμενων
  - β) Μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων
  - γ) Το είδος κινδύνου που απαιτεί εκπαίδευση των εργαζομένων για αποφυγή ατυχήματος
  - η) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 11η:** σε ποια μέθοδο εκπαίδευσης δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον και έχουν καλύτερη ανταπόκριση οι εργαζόμενοι;

- α) Θεωρητική εκπαίδευση (διαλέξεις, σεμινάρια)
  - β) Θεωρητική εκπαίδευση με χρήση και οπτικοακουστικών μέσων
  - γ) Πρακτική εξάσκηση
  - δ) Θεωρητική εκπαίδευση σε αίθουσες διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εκπαίδευση στη θέση εργασίας
  - ε) Υπόδυση ρόλων
  - στ) Εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας
  - ζ) Εξ αποστάσεως εκπαίδευση (μέσω internet, σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση)
  - η) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 12η:** πόσο χρόνο διαρκεί η εκπαιδευτική διαδικασία;

- α) 1 μέρα (8 ώρες)
  - β) 2 μέρες (8ώρες/μέρα)
  - γ) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 13η:** ποιο είναι το μέσο κόστος ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε θέματα υγείας και ασφάλειας;

- α) <200 ευρώ
  - β) >200 ευρώ
  - γ) Άλλο.....
- Σχόλια:.....

**Ερώτηση 14η:** υπάρχουν κρατικές επιδοτήσεις για την εκπαίδευση των εργαζομένων σε τεχνικά έργα;

α) ΝΑΙ (Φορέας.....)

β) ΟΧΙ

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 15η:** μετά την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ο εκπαιδευόμενος αξιολογείται για τις γνώσεις που έλαβε;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 16η:** παρέχεται έκδοση διαπιστευμένων πιστοποιητικών σε όσους συμμετέχουν με επιτυχία στα προγράμματα;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 17η:** ποιο είναι συνήθως το μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευόμενων εργαζομένων;

α) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

β) Τριτοβάθμια εκπαίδευση

γ) Μεταπτυχιακό

δ) Διδακτορικό

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 18η:** ποια είναι η συμπεριφορά και η στάση των εκπαιδευόμενων κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης;

α) Εκδηλώνουν ενδιαφέρον

γ) Είναι αδιάφοροι

δ) Συμμετέχουν ενεργά με συζήτηση

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 19η:** υπάρχει επικοινωνία με την εταιρεία, σε ύστερο χρόνο από την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην πράξη;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 20η:** υπάρχει ενδιαφέρον από τις εταιρείες που απευθύνονται σε εσάς για επανεκπαίδευση;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....



**Ερώτηση 21η:** μετά από πόσο χρόνο ζητείται επανεκπαίδευση των εργαζομένων;

α) <1 χρόνο

β) >1 χρόνο

γ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

**Ερώτηση 22η:** ποια είναι ο μέση ηλικία των εκπαιδευόμενων;

α) 18-25

β) 26-35

γ) 36-45

δ) 46-55

ε) 56 και άνω

στ) Άλλο.....

Σχόλια:.....

# TECHNIQUES AND METHODS FOR TRAINING EMPLOYEES ON SAFETY ISSUES IN TECHNICAL PROJECTS AND SYSTEMS

*Zoi Gronti<sup>1</sup>* and *Panagiotis Marhavidas<sup>1,2</sup>*

1. Department of Engineering Project Management, Faculty of Science and Technology, Hellenic Open University, Patra, Greece, 2. Department of Production and Management Engineering, Democritus University of Thrace, Xanthi, Greece.

*Abstract:* Construction sites are workplaces that are constantly changing and there are many risks for injuries and accidents. An important problem is the fact that the workers in technical projects don't have, by majority, training and expertise. Training is basically the main way to ensure the health of workers, through which occupational accidents can be reduced. The aim of this work is to demonstrate the importance of the correct way of training employees and to investigate the problems that prevent their proper training. Furthermore, an additional aim is to present the training methods which are mainly chosen by employers, their selection criteria, their effectiveness and the need for their evaluation. The final aim is to offer directions for the development of more effective training programs on health and safety issues in technical projects. The methodology that have been followed, includes the theoretical part, through bibliographic research and the practical part, through a case study in the form of a questionnaire to 10 private companies whose object is the training of workers in technical projects, concerning safety matters. The conclusions obtained from the results of the research are initially, the interest of employers in the training of their employees. The selection criteria of the training method by the employers, is mainly the type of risk in the technical work. The preferred training method is one that includes practical training for employees. In fact, their interest in practical training is great. However, the subsidized training programs, through lifelong learning centers, provide only theoretical training. Moreover, it is noteworthy the employers' interest in retraining. The right training method is an investment for the safety, well-being and efficiency of employees, contributing to the productivity of technical projects.

# ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

*Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος, Χρήστος Κοντογιώργης, Ευαγγελία Νένα και  
Θ.Κ. Κωνσταντινίδης*

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Κοινωνικής Ιατρικής και  
Φαρμακευτική Φροντίδα, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να εντοπισθούν οι αντιλήψεις, το επίπεδο γνώσεων του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του πνεύμονα, τα εμπόδια συμμετοχής σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και τους παράγοντες που προάγουν την αποδοχή συμμετοχής τους σε δράσεις προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Συλλέχθηκαν πληροφορίες μέσω ερωτηματολογίου για 49 εργαζόμενους στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης κατά την περίοδο Ιανουαρίου 2024. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες θεωρούν την ακτινογραφία θώρακα ως την πρώτη μέθοδο επιλογής για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα, με την αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης να αναφέρεται ως δεύτερη. Μικρό ποσοστό (μόλις 6%) ανέφερε άγνοια μεθόδου έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα. Περισσότεροι από οκτώ στους δέκα θεωρούν ορθά ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση. Οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος απευθύνεται σε καπνιστές που καπνίζουν ένα πακέτο ημερησίως σε ποσοστό 32,6% και σε καπνιστές με 30 χρόνια καπνίσματος σε ποσοστό 30,4%. Ποσοστό 32% περίπου θεωρεί ότι είναι η ηλικιακή ομάδα 45-75 ετών, το 23,4% θεωρεί σωστά την ηλικιακή ομάδα 50-75 ετών και ποσοστό 25,5% την ηλικιακή ομάδα 45-80 ετών. Τα σημαντικότερα εμπόδια που αναφέρονται για συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο είναι το κόστος, η άγνοια του προσωπικού για τις επιλογές προσυμπτωματικού ελέγχου, η στοχοποίηση - φόβος, η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού και η έλλειψη των αναγκαίων εγκαταστάσεων για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα. Με βάση τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, αλλά και παρόμοιων ερευνητικών μελετών σε επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ φαίνεται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης τους σε θέματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα και ενίσχυση της εμπλοκής τους σε προληπτικές δράσεις δημόσιας

υγείας. Προτείνονται ενημερωτικά σεμινάρια, συνεργασίες με άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα και διαμόρφωση ενημερωτικού υλικού προ το γενικό πληθυσμό προκειμένου οι επαγγελματίες της ΠΦΥ να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αύξηση χρήσης των υπηρεσιών πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί βασική αιτία θανάτου στην Ευρώπη και ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για τη νόσο είναι το κάπνισμα.

Κατά συνέπεια δράσεις αποφυγής έναρξης ή περιορισμού του καπνίσματος είναι δυνατό να συνεισφέρουν στη μείωση των νοσημάτων και των θανάτων από τον καρκίνο του πνεύμονα σε συνδυασμό με άλλα μέτρα πρόληψης, όπως είναι η μείωση έκθεσης στο δευτερογενές (παθητικό) κάπνισμα, η σωστή διατροφή και η σωματική άσκηση (European Commission, 2021).

Η πενταετής επιβίωση από τον καρκίνο του πνεύμονα για ασθενείς που διαγνώστηκαν κατά την περίοδο 200-2007 είναι υψηλότερη στις χώρες τη Δυτικής Ευρώπης σε σχέση με χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπου είναι σημαντικά χαμηλότερη.

Τα νέα περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη για το έτος 2020 ανά ηλικιακή ομάδα δείχνουν ότι η επίπτωση είναι υψηλότερη στις ηλικίες άνω των 45 ετών διαμορφώνοντας έτσι το ηλικιακό όριο της ομάδας που βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης συλλέγονται τα δεδομένα σχετικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του καρκίνου του πνεύμονα στα κράτη - μέλη με σκοπό να προκύψουν ποσοτικά στοιχεία που περιγράφουν την κατάσταση της νόσου αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου και να διευκολύνουν την πρόληψη, τις δυνατότητες έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας και επιβίωσης από καρκίνο του πνεύμονα.

Ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (ΠΟΥ) μέσω του *Διεθνούς Οργανισμού για την Έρευνα στον Καρκίνο* (IARC) συμπεριλαμβάνει την καπνιστική συνήθεια στους παράγοντες κινδύνου που πρέπει να μειωθούν μεταξύ των 12 συστάσεων που προτείνονται στο κείμενο του *Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του Καρκίνου*.

Η *Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αναπνευστικών Νοσημάτων* (European Respiratory Society) έχει θεσπίσει την πρωτοβουλία της *στρογγυλής τράπεζας για τον καρκίνο του πνεύμονα* (Lung Cancer Europe Roundtable) εντός της οποίας διευκολύνεται και πραγματοποιείται ανταλλαγή απόψεων και συνεργασία μεταξύ φορέων οι οποίοι εμπλέκονται στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Δράσεις ενημέρωσης για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη περιλαμβάνουν α) τη σύνταξη και κοινοποίηση σχετικού κειμένου (*Lung Cancer*

*Factsheet*), όπου παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με την επίπτωση της νόσου και την πενταετή επιβίωση, με τους διαθέσιμους τρόπους πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας στα 27 κράτη - μέλη της ΕΕ, β) τη σύνταξη του *Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του Καρκίνου* όπου περιγράφονται δράσεις για τη μείωση της έκθεσης σε παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, γ) τη σύνταξη έκθεσης για τους περιβαλλοντικούς κινδύνους που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα όπως είναι η έκθεση σε ραδόνιο και δ) η δημιουργία φόρουμ συζήτησης και ανταλλαγής απόψεων μεταξύ φορέων που εμπλέκονται στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση, στην θεραπεία και στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

## **ΓΕΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

### *ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ*

Ο καρκίνος του πνεύμονα βρίσκεται στη δεύτερη θέση συχνότητας διάγνωσης καρκίνου στην Ευρώπη μετά από τον καρκίνο του προστάτη στους άνδρες και στην τρίτη θέση μετά τον καρκίνο του μαστού και του καρκίνου του παχέος εντέρου στις γυναίκες (JRC, 2020). Υπολογίζεται ότι στη διάρκεια ενός έτους οι διαγνώσεις καρκίνου του πνεύμονα στους πολίτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχονται σε 320.000, ενώ οι θάνατοι ξεπερνούν τους 250.000.

Οι βασικοί παράγοντες επικινδυνότητας που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα είναι το κάπνισμα και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Είναι γεγονός, με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ότι στους άνδρες καταγράφεται μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου συγκριτικά με τις αντίστοιχες τιμές για τις γυναίκες, αν και κατά τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε να παρατηρείται τάση μείωσης αυτής της διαφοράς (Fidler - Benaoudia et al, 2020).

Η πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα μετά τη διάγνωση είναι σχετικά δυσμενής και τα ποσοστά επιβίωσης που καταγράφονται είναι σημαντικά χαμηλότερα σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες και τον καρκίνο του παχέος εντέρου και στα δύο φύλα.

Το γεγονός αυτό δηλώνει την ανάγκη έμφασης σε δράσεις πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της νόσου έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη για τη διαμόρφωση θεραπευτικών και φαρμακευτικών προσεγγίσεων σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού καθώς παρατηρείται ταχεία αύξηση των διαγνώσεων καρκίνου του πνεύμονα τα τελευταία χρόνια. Με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ η πενταετής επιβίωση των ατόμων που διαγνώστηκαν με καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη κατά το χρονικό διάστημα 2004-2014 αυξήθηκε από 11% σε 15% γεγονός που υποδηλώνει τη θετική συμβολή των διαθέσιμων

θεραπευτικών παρεμβάσεων και πριμοδοτεί την εφαρμογή δράσεων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης (OECD, 2020).

Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζει παρόμοια εικόνα με την επίπτωση, όπου οι θάνατοι στους άνδρες είναι περισσότεροι από τους θανάτους στις γυναίκες με σχετικά μεγάλη χρονική διαφορά λόγω του σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος που απαιτείται για την ανάπτυξη της νόσου. Επιπλέον η θνησιμότητα παραμένει σε αρκετά υψηλά επίπεδα λόγω της υψηλής έκθεσης των ατόμων στους βασικούς παράγοντες κινδύνου, αλλά και λόγω της απουσίας προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στις χώρες της Ευρώπης για τον καρκίνο του πνεύμονα ειδικά στους πληθυσμούς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Συνεπώς μαζί με τον περιορισμό της έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου, η εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου θα οδηγήσει στη διάγνωση καρκίνων του πνεύμονα σε πρωιμότερο στάδιο, όπου ως γνωστόν η πιθανότητα αποτελεσματικής παρέμβασης είναι μεγαλύτερη (OECD, 2020).

## *ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ*

### *Κάπνισμα*

Το κάπνισμα και η γενικευμένη χρήση καπνού αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου από την κατηγορία των *συνηθειών ζωής* (lifestyle factors) που σχετίζεται με πρόωρη θνησιμότητα. Στο κάπνισμα αποδίδεται 80% των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη, ενώ συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό στην εκδήλωση σοβαρής αναπνευστικής νόσου. Σημειώνεται ότι ο περιορισμός της έκθεσης στο κάπνισμα συνδέεται με μείωση των διαγνώσεων της νόσου (OECD, 2022).

Παρά τις διάφορες προσπάθειες μείωσης του ποσοστού των καπνιστών, στην Ευρώπη για το έτος 2020 υπολογίζεται ότι το 20% του πληθυσμού των ενηλίκων πολιτών είναι καπνιστές. Υπάρχουν διακυμάνσεις στον αριθμό των καπνιστών μεταξύ των χωρών, όπου σε γενικές γραμμές καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στη Νότια Ευρώπη σε σχέση με τη Βόρεια. Το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν σε καθημερινή βάση κυμαίνεται από 12% σε χώρες, όπως η Σουηδία, η Φινλανδία και η Νορβηγία, έως 25% σε χώρες, όπως η Ελλάδα, η Γαλλία και η Ουγγαρία.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 το ποσοστό των καπνιστών αυξήθηκε σε κάποιες χώρες ενώ μειώθηκε σε άλλες όπως φαίνεται σε σχετική μελέτη (Sarich et al, 2022). Επιπλέον φαίνεται ότι η συχνότητα της καπνιστικής συνήθειας παραμένει εντονότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Εκτός από τη χρήση του κλασικού τσιγάρου, υπάρχει αύξηση του ποσοστού των χρηστών άλλων μορφών, όπως το ηλεκτρονικό τσιγάρο και παρόμοιες ηλεκτρονικές συσκευές χορήγησης νικοτίνης σε ποσοστό που στην Ευρώπη

ανέρχεται στο 3.6%. Το ποσοστό χρήσης των συσκευών αυτών είναι αυξημένο στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών με το 6.4% των νέων ανδρών των ηλικιών αυτών και ανίστοια το 3.7% των νέων γυναικών να κάνουν συστηματική χρήση καθημερινά (European Commission, 2021).

Το κάπνισμα και η χρήση καπνού στην Ευρώπη αποτελεί σημαντικό πρόβλημα με άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων. Οι στρατηγικές μείωσης του καπνίσματος φαίνεται να έχουν αποδώσει σε αρκετές χώρες, υπάρχει όμως ακόμη μεγάλο περιθώριο βελτίωσης. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν την απαγόρευση του καπνίσματος σε κοινόχρηστους, δημόσιους ή εργασιακούς χώρους, η αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού, την απαγόρευση πώλησης των προϊόντων καπνού σε ανήλικους, την απαγόρευση των διαφημίσεων και την έντονη σήμανση των αρνητικών επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία στις συσκευασίες πώλησης προϊόντων καπνού. Σε επίπεδο Ευρώπης οι δράσεις αυτές προβλέπονται στην οδηγία Tobacco Products Directive 2014/40/EU (European Commission, 2021). Αν και σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία και η Φινλανδία παρατηρούνται σχετικά υψηλά ποσοστά μείωσης της καπνιστικής συνήθειας κυρίως μεταξύ των εφήβων, τα ποσοστά των καπνιστών είναι ανησυχητικά υψηλά σε κάποιες άλλες χώρες. Στην Ιταλία, στη Ρουμανία και στη Βουλγαρία 30% των εφήβων δηλώνουν καπνιστές σε σύγκριση με τη Μάλτα, τη Σουηδία και τη Νορβηγία όπου το ποσοστό αυτό κυμαίνεται στο 11%. Ειδικά για το ηλεκτρονικό τσιγάρο τα ποσοστά χρήσης από εφήβους ηλικίας 15-16 ετών κυμάνθηκαν από 20% στα αγόρια έως 22% στα κορίτσια για το έτος 2019 (European Commission, 2021). Στο πλαίσιο του προγράμματος *Europe's Beating Cancer*, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει στόχο τη δημιουργία μιας «γενιάς χωρίς καπνό» (Generation smoke free) μέχρι το έτος 2040, όπου το ποσοστό των καπνιστών στον πληθυσμό της Ευρώπης θα είναι μικρότερο από 5% στο σύνολο του πληθυσμού (European Commission, 2021).

### *Ατμοσφαιρική ρύπανση*

Ως ατμοσφαιρική ρύπανση ορίζεται το μίγμα μικρο-σωματιδίων και αερίων τα οποία βρίσκονται στον ατμοσφαιρικό αέρα και έχουν τη δυνατότητα πρόκλησης βλάβης στο αναπνευστικό σύστημα. Σύμφωνα με τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (ΠΟΥ), τα μέταλλα, οι ενώσεις και τα μίγματα, τα οποία συνθέτουν την ατμοσφαιρική ρύπανση (όπως το βενζόλιο, το χρώμιο, καθώς και οι διοξίνες) κατατάσσονται στην κατηγορία 1 των ουσιών για τις οποίες υπάρχει ερευνητικά αποδεδειγμένη καρκινογόνος δράση τους ανθρώπους. Η έκθεση των ανθρώπων στις ουσίες αυτές (που συνθέτουν την ατμοσφαιρική ρύπανση) συνδέεται με την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα (IARC, 2016).

Μελέτες περιγράφουν ότι η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση συνδέεται με βλάβες του DNA και των ιστών των πνευμόνων, η οποία συνδέεται με αυξημένο

κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα (Loomis et al, 2014). Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει σε άτομα τα οποία διαβιούν σε περιοχές με υψηλά ποσοστά ατμοσφαιρικής ρύπανσης όπως είναι τα αστικά κέντρα και οι βιομηχανικές περιοχές. Πρόσθετα, ο κίνδυνος για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι μεγαλύτερος όταν συνυπάρχει έκθεση στον καπνό (σε καπνιστές ή σε μη καπνιστές οι οποίοι εκτίθενται στον καπνό μέσω παθητικού καπνίσματος), άλλα αναπνευστικά νοσήματα ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα (Eckel et al, 2016).

Η εισπνοή αιωρούμενων σωματιδίων ιδίως μικρής διαμέτρου (PM 2,5) είναι αυτά τα οποία κυρίως ενοχοποιούνται ως κύριος παράγοντας κινδύνου που οφείλεται στην ατμοσφαιρική ρύπανση και συνδέονται με την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα. Η προέλευση των σωματιδίων αυτών είναι κυρίως οι εξατμίσεις των οχημάτων, η καύση ορυκτών, πρωτίστως άνθρακα από τη βιομηχανική δραστηριότητα και οι δασικές πυρκαγιές. Η βλαπτική δράση των αιωρούμενων σωματιδίων προέρχεται από την ικανότητα τους να διεισδύουν στους πνεύμονες προκαλώντας φλεγμονή, οξειδωτικό στρες και βλάβη στο DNA (Hamra et al, 2014).

Ο περιορισμός έκθεσης σε μολυσμένο ατμοσφαιρικό αέρα αποτελεί τον καλύτερο τρόπο μείωσης του κινδύνου που συνδέεται με την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα από την ατμοσφαιρική ρύπανση. Για τον έλεγχο του βαθμού έκθεσης υπολογίζεται ο δείκτης ποιότητας ατμοσφαιρικού αέρα *Air Quality Index* (AQI) ο οποίος λαμβάνει υπ' όψιν παραμέτρους όπως η συγκέντρωση των PM<sub>2,5</sub> και PM<sub>10</sub>, όζοντος, μονοξειδίου του άνθρακα, διοξειδίου του θείου και διοξειδίου του αζώτου. Με τη χρήση του δείκτη αυτού δίνεται ένδειξη του βαθμού επικινδυνότητας του ατμοσφαιρικού αέρα σε δεδομένο χρόνο και υπάρχει η δυνατότητα λήψης άμεσων μέτρων.

Πίνακας 1. Κατηγορίες δείκτη AQI.

0-50	Καλής ποιότητας αέρας
51-100	Μέτριας ποιότητας αέρας επηρεάζονται άτομα με ιδιαίτερη ευαισθησία
101-150	Κακής ποιότητας αέρας για άτομα με αναπνευστικά νοσήματα (π.χ. ΧΑΠ, άσθμα)
151-200	Κακής ποιότητας αέρας για άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή έχουν κάποια ευαισθησία
201-300	Όριο συναγερμού ατμοσφαιρικός αέρας επικίνδυνος για το γενικό πληθυσμό
301+	Επιβάλλεται πλήρης απαγόρευση

Πηγή: <https://www.airnow.gov/aqi/aqi-basics/>



## **ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

### **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Η διαδικασία έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο εξετάζει άτομα τα οποία δεν έχουν συμπτώματα προκειμένου να διαγνώσει τη μορφή καρκίνου σε πρώιμο στάδιο, με την προοπτική να δοθεί η ευκαιρία να αντιμετωπισθεί έγκαιρα η νόσος και να έχει καλύτερη πρόγνωση.

Για το λόγο αυτό, η δοκιμασία προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να εφαρμοσθεί αρκετά νωρίτερα από την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων προκειμένου να υπάρχει το απαιτούμενο χρονικό περιθώριο για καλύτερη έκβαση της νόσου. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου, από τη δοκιμασία ελέγχου, από τα χαρακτηριστικά του ατόμου και το βαθμό έκθεσης στους παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με τον τύπο καρκίνου.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται με βάση τις εκτιμήσεις ότι 1 στους 2 πολίτες θα αντιμετωπίσουν κάποια μορφή καρκίνου στη ζωή τους και ότι μόλις οι μισοί των ασθενών με καρκίνο θα επιβιώσουν. Η Ευρωπαϊκή Οδηγία για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου που εκδόθηκε το έτος 2003 προτρέπει όλα τα κράτη - μέλη να υλοποιήσουν οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου (European Commission, 2003). Η οδηγία αυτή συνέβαλε στη δημιουργία και στην καλύτερη οργάνωση πληθυσμιακών προγραμμάτων για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού, καρκίνου τραχήλου της μήτρας και καρκίνου του παχέος εντέρου στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα οδήγησε σε αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου σε πολλές ομάδες ατόμων σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αυτών των τύπων καρκίνου.

Στα 20 έτη που έχουν περάσει από την οδηγία αυτήν έχουν δοκιμασθεί νέα διαγνωστικά πρωτόκολλα, νέες δοκιμασίες προσυμπτωματικού ελέγχου και με βάση νεότερα ερευνητικά δεδομένα έχει προκύψει η ανάγκη επέκτασης της λειτουργίας των προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και σε άλλες μορφές καρκίνου (European Commission, 2022).

Για το λόγο αυτό συντάχθηκε νέα Ευρωπαϊκή Οδηγία η οποία στοχεύει στην περαιτέρω αύξηση του ποσοστού των πολιτών της ΕΕ που συμμετέχουν στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου που λειτουργούν ήδη για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού, καρκίνου τραχήλου τη μήτρας και καρκίνου του παχέος εντέρου έτσι ώστε μέχρι το τέλος του έτους 2025 να έχει δυνατότητα συμμετοχής στα αυτά προγράμματα το 90% του πληθυσμού στόχου. Επιπλέον στο πλαίσιο της νέα Οδηγίας και του νέου προγράμματος *Europe's Beating Cancer Plan* υπάρχει η σύσταση για την οργάνωση νέων προγραμμάτων προσυμπτωματικού

ελέγχου για ομάδες ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επιπλέον τύπων καρκίνου και συγκεκριμένα καρκίνου του προστάτη, καρκίνου του πνεύμονα και καρκίνου του στομάχου (European Commission, 2021).

Το πρόγραμμα *Europe's Beating Cancer Plan* αναπτύσσεται στις ακόλουθες βασικές προτεραιότητες:

A. *Πρόληψη*: στην κατηγορία αυτή εντάσσονται προσπάθειες μείωσης έκθεσης των πολιτών της ΕΕ σε παράγοντες κινδύνου οι οποίοι συνδέονται με διάφορες μορφές καρκίνου όπως το κάπνισμα (στόχος το ποσοστό χρήσης καπνού στην ΕΕ να είναι μικρότερο του 5% μέχρι το έτος 2040), η ατμοσφαιρική ρύπανση, η κατανάλωση οινοπνεύματος και η έκθεση σε επικίνδυνες, τοξικές ουσίες. Επιπλέον, εισάγεται το πρόγραμμα «*HealthyLifestyle4All*» μέσω του οποίου προωθείται η αύξηση των σωματικής άσκησης και η προαγωγή της υγιεινής διατροφής. Εντός των δράσεων πρόληψης του προγράμματος *Europe's Beating Cancer* εντάσσεται και ο στόχος εμβολιασμού αγοριών και κοριτσιών για τον ιό HPV σε ποσοστό 90% μέχρι το έτος 2030.

B. *Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου* με την επέκταση δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου και της βελτιωμένη πρόσβαση υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας, ώστε μέχρι το έτος 2030, 90% των ατόμων που χρήζουν υπηρεσιών έγκαιρης διάγνωσης να έχει πρόσβαση σε αυτές. Για το λόγο αυτό οργανώνεται η πρωτοβουλία «*Cancer Diagnostic and Treatment for All*» μέσω της οποίας θα προσδιορισθούν τα κριτήρια ταυτοποίησης των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων μορφών καρκίνου.

Γ. *Βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών και ατόμων που ζουν με κάποια μορφή καρκίνου*. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται δράσεις αποκατάστασης και μετριασμού των επιπτώσεων μεταστατικών μορφών καρκίνου, μέτρα κοινωνικής ένταξης των ασθενών καθώς και φροντίδα επανένταξης στην εργασία μετά τη θεραπεία της νόσου. Στο πλαίσιο των δράσεων αυτών ενεργοποιείται η δράση «*A Better Life for Cancer Patients Initiative*», μέσω της οποίας θα προσφέρονται ευκαιρίες επανένταξης, καθώς και φροντίδας σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο.

Η σύσταση της ΕΕ στο κομμάτι της έγκαιρης διάγνωσης των διαφόρων τύπων καρκίνου περιλαμβάνει τα εξής:

A) *Διεύρυνση της ηλικιακής ομάδας - στόχου* προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού από 45 έως 74 ετών σε σχέση με το ηλικιακό όριο των 50 έως 69 ετών που ίσχυε μέχρι σήμερα.

B) *Σύσταση για έλεγχο HPV* σε γυναίκες ηλικίας 30 έως 65 ετών ανά 5ετία για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε συνδυασμό με τον εμβολιασμό για τον ιό HPV.

Γ) *Πρόσκληση για μέτρηση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα* με στόχο τη διαλογή για έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου με ενδοσκοπήση ή με κολonosκόπηση.

Με βάση τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, η Οδηγία προτείνει επιπλέον τη λειτουργία οργανωμένων πληθυσμιακών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τους εξής τύπους καρκίνου:

Δ) Προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα σε βαρείς καπνιστές ή πρώην καπνιστές ηλικίας 50-75 ετών.

Ε) Έλεγχος για καρκίνο του προστάτη σε άνδρες ηλικίας έως 70 ετών με την εξέταση του επιφανειακού προστατικού αντιγόνου (PSA).

Στ) Έλεγχος για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter Pylori*) και επιτήρηση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του στομάχου σε γεωγραφικές περιοχές όπου καταγράφεται υψηλή επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου.

Η νέα Οδηγία της ΕΕ δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου, στις ειδικές ανάγκες ομάδων με ιδιαίτερα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, σε ομάδες ατόμων με αναπηρία και σε άτομα που διαβιούν σε αγροτικές ή απομονωμένες περιοχές. Επιπλέον δίνεται σημασία στη διασφάλιση έγκαιρης πρόσβασης σε θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.

Ειδικά για τα οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τους καρκίνους του πνεύμονα, προστάτη και στομάχου υπάρχει προγραμματισμός να εκδοθούν νέες κατευθυντήριες οδηγίες και να ανανεωθούν οι ήδη υπάρχουσες για τους καρκίνους του μαστού, τραχήλου μήτρας και παχέος εντέρου με τη στήριξη του προγράμματος *EU4Health* (European Commission, 2021).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα συστήνεται σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση στοχεύει στην ανίχνευση εστιών καρκίνου στον πνεύμονα σε πρώιμο στάδιο όπου η πιθανότητα θεραπείας είναι μεγαλύτερη. Μετά την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων ο καρκίνος είναι ήδη σε προχωρημένο στάδιο και οι πιθανότητες επιτυχημένης θεραπευτικής παρέμβασης είναι σημαντικά μειωμένες. Ευρήματα μελετών δηλώνουν ότι οι δράσεις έγκαιρης διάγνωσης μειώνουν τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα και συνιστούν την εξέταση με *αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης* (low-dose computerized tomography - LDCT) σε βαρείς καπνιστές ή σε πρώην καπνιστές χωρίς κλινικά συμπτώματα. Η *Αμερικανική Ομάδα Δράσεων Πρόληψης* (U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF) συστήνει την ετήσια εξέταση με LDCT σε άτομα τα οποία:

- 1) Καπνίζουν 20 ή περισσότερα πακετο-έτη ανά έτος,
- 2) Είναι καπνιστές ή έχουν διακόψει το κάπνισμα μέσα στην τελευταία 15ετία και
- 3) Είναι ηλικίας 50-80 ετών.

Στην Ευρώπη οι οργανωμένες δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα βρίσκονται σε αρχικό στάδιο, μετά από τις συστάσεις επιστημονικών οργανισμών όπως το *European Lung Foundation* και την *European Respiratory Society* σχετικά με την αποτελεσματικότητα τους η οποία οδήγησε στη διατύπωση της σχετικής Ευρωπαϊκής Οδηγίας (European Commission, 2021).

Παράλληλα βέβαια επισημαίνονται από όλες τις ομάδες ειδικών μερικά σημεία τα οποία ενδεχομένως να περιορίζουν την εκτεταμένη εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών σε κάποιες ομάδες πληθυσμού.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος με LDCT συνδέεται με την πιθανότητα ψευδώς θετικών ευρημάτων, υπερ-διάγνωσης και ενδεχόμενη επιβάρυνση με ακτινοβολία λόγω των επαλαμβανόμενων ελέγχων. Για το λόγο αυτό η συμμετοχή σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να γίνεται μετά από ενημέρωση των ατόμων και συζήτηση με τον προσωπικό ή τον οικογενειακό ιατρό. Η σύσταση του USPSTF για ετήσια LDCT δηλώνεται υπό την προϋπόθεση απουσίας σοβαρών προβλημάτων υγείας, τα οποία ενδεχομένως μειώνουν σημαντικά το προσδόκιμο ζωής του ατόμου και της πρόθεσης του ατόμου να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στον πνεύμονα αναλόγως το αποτέλεσμα της εξέτασης (USPSTF, 2021).

Με βάση το *Europe's Beating Cancer Plan* ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα στους πολίτες της Ευρώπης πρέπει να προσφέρεται σε βαρείς καπνιστές και σε πρώην καπνιστές ηλικίας 50 έως 75 ετών με ιστορικό χρήσης 30 πακετο-έτη (αντιστοιχεί σε 20 τσιγάρα ημερησίως για 30 έτη) καθώς φαίνεται ότι η συστηματική εξέταση των ατόμων αυτών συνδέεται με βελτίωση της επιβίωσης από τη νόσο. Συγκεκριμένα σε συστηματική ανασκόπηση αναφέρεται ότι στην εθνική μελέτη στις ΗΠΑ *National Lung Screening Trial* παρατηρήθηκε 20% μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα με την ετήσια εξέταση με LDCT ενώ σε άλλες κλινικές μελέτες η μείωση της θνησιμότητας έφθασε μέχρι το 39% (Amicizia et al, 2023).

Τα αποτελέσματα άλλων κλινικών μελετών δείχνουν ότι η ετήσια εξέταση ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης οδηγεί σε διάγνωση της νόσου σε πρωιμότερο στάδιο με ευνοϊκότερα αποτελέσματα για την επιβίωση τους.

Παρόλα αυτά η λειτουργία οργανωμένων πληθυσμιακών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ευρώπη είναι αρκετά αποσπασματική και διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών. Οι διαφορές προκύπτουν από ζητήματα όπως η κάλυψη του κόστους της εξέτασης, η διαθεσιμότητα κατάλληλων μηχανημάτων και εκπαιδευμένου προσωπικού.

Για το λόγο αυτό γίνεται προσπάθεια συνολικής εκτίμησης των αποτελεσμάτων κλινικών μελετών σε πληθυσμούς στην Ευρώπη προκειμένου να διαμορφωθεί μια ενιαία στρατηγική προσυμπτωματικού ελέγχου στο πλαίσιο των στόχων του προγράμματος *Europe's Beating Cancer Plan* (van Meerbeeck et al, 2022).

Μια τέτοια προσπάθεια στο ευρωπαϊκό αυτό πλαίσιο με χρηματοδότηση του προγράμματος *Horizon 2020* είναι η κλινική δοκιμή *Towards INdividually tailored INvitations, screening INtervals and INtegrated co-morbidity reducing strategies in lung cancer screening (4-IN-THE-LUNG-RUN): A Randomised Comparison of Personalised Lung Cancer Screening Regimens*, η οποία ξεκίνησε το έτος 2020, έχει πενταετή διάρκεια (έως 31.12.2024) και έχει θέσει μεταξύ άλλων τους εξής στόχους:

- 1) Να αποτυπώσει το ποσοστό των ενδιάμεσων καρκίνων πνεύμονα μεταξύ της αρχικής εξέτασης και της πρώτης ετήσιας εξέτασης με LDCT
- 2) Να αποτυπώσει την πλέον αποτελεσματική στρατηγική πρόσκλησης για συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο ατόμων σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα
- 3) Να αποτυπώσει το βαθμό επιτυχίας των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος στους συμμετέχοντες της μελέτης σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού
- 4) Να ελέγξει την σχέση κόστους - ωφέλειας του ετήσιου ελέγχου με LDCT
- 5) Να συντάξει κατευθυντήριες οδηγίες και εκπαιδευτικά εγχειρίδια για τον προσυμπτωματικό έλεγχο με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης
- 6) Να συγκρίνει τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης με αυτά προηγούμενων κλινικών μελετών όπως οι *SUMMIT*, *BIOMILD*, *SMILE* και *YESS*. Η μελέτη αυτή συντονίζεται από το Erasmus MC University (Ολλανδία) και συμμετέχουν Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο (Grant Agreement ID 848294).

#### **ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στην Ελλάδα δεν εφαρμόζονται δράσεις οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα μέχρι σήμερα.

Γίνεται βέβαια μεγάλη προσπάθεια σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης τα τελευταία χρόνια για τη μείωση της καπνιστικής συνήθειας και της βελτίωσης της ποιότητας του ατμοσφαιρικού αέρα.

Η Ελληνική Πολιτεία υλοποιεί εθνικό πρόγραμμα ελέγχου της καπνιστικής συνήθειας με τη εφαρμογή αυστηρής νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και εργασιακούς χώρους, με αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού, με εκστρατείες ενημέρωσης στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στοχευμένα σε ομάδες πληθυσμού π.χ. σχολεία και με την παροχή υπηρεσιών υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία* λειτουργεί ειδική τηλεφωνική γραμμή παροχής βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος με δωρεάν παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης ατόμων τα οποία επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Η *Ελληνική Εταιρεία Θώρακος* έχει θεσπίσει από το έτος 2012 τον μήνα ενημέρωσης κατά του καρκίνου του πνεύμονα κάθε Νοέμβριο κατά τον οποίο

πραγματοποιούνται ενημερωτικές εκδηλώσεις, συνέδρια και παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου σε επιλεγμένα σημεία παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Ακόμη, η Ελλάδα συμμετέχει στις δράσεις που οργανώνονται από το *Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Πνεύμονα* (European Lung Foundation) και την *Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αναπνευστικών Νόσων* (European Respiratory Society) οι οποίες προωθούν δράσεις για υγιείς πνεύμονες και ενημερώνουν τους πολίτες σχετικά με τις δυσμενείς επιδράσεις του καπνού και της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στους πνεύμονες μέσω της εκστρατείας *Healthy Lungs for Life*.

Επιπλέον, η *Ευρωπαϊκή Εταιρεία Περιβάλλοντος* (European Environment Agency) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχουν αναπτύξει το πρόγραμμα Καθαρός Αέρας για την Ευρώπη «*Clean Air for Europe*» όπου θεσπίζονται τα όρια ποιότητας ατμοσφαιρικού αέρα και ορίζονται στόχοι για την μείωση των ρυπαντών του αέρα και των επιτρεπτών επιπέδων των αερίων του θερμοκηπίου.

Σε πρόσφατη μελέτη στην Ελλάδα έγινε σύγκριση της αποτελεσματικότητας εφαρμογής οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου με εξέταση LDCT σε άτομα υψηλού κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα σε σχέση με ευκαιριακές δράσεις έγκαιρης διάγνωσης με τη χρήση υποθετικών σεναρίων. Βρέθηκε ότι εάν εξεταστεί το σύνολο των ατόμων ηλικίας 50 έως 80 ετών με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο ετησίως με την εξέταση LDCT, θα προληφθούν θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα και θα κερδηθούν έτη ζωής. Συγκεκριμένα το οργανωμένο πρόγραμμα σε μια δετία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση 339 θανάτων (24.56%,  $p < 0.001$ ) και να γλυτώσει 944 έτη απώλειας ζωής (-31.01%,  $p < 0.001$ ). Παράλληλα υπάρχει μετακίνηση των διαγνώσεων σε καρκίνους χαμηλότερου σταδίου (Soulitis et al, 2022).

## **ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) ΣΕ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

### **ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ, ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΗΣ ΠΦΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα με τη χρήση αξονικής τομογραφίας χαμηλής δόσης συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς θεραπευτικής παρέμβασης.

Η διαδικασία αποτελεί δράση δευτερογενούς πρόληψης, είναι μέρος των στρατηγικών προαγωγής υγείας ενός πληθυσμού και εντάσσεται συνήθως στο πλαίσιο λειτουργία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κατά συνέπεια οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παίζουν καίριο ρόλο στην ενημέρωση και στην προώθηση των δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού στόχου. Βασική

προϋπόθεση είναι βέβαια να κατέχουν οι ίδιοι τις απαιτούμενες γνώσεις σχετικά με τη διαδικασία, τα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους για να μπορέσουν να συμβάλλουν στην αποδοχή της προσφερόμενης υπηρεσίας από τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Συχνά όμως παρατηρείται το φαινόμενο οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα όσοι απασχολούνται στην *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (ΠΦΥ) να έχουν περιορισμένη γνώση στα θέματα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα, να εργάζονται σε περιβάλλοντα όπου δεν υπάρχει η απαιτούμενη τεχνική υποδομή για την εξέταση LDCT, να λείπει ο αναγκαίος χρόνος για να γίνει η εξέταση LDCT ή να μην υπάρχει συντονισμός και διασύνδεση για την παρακολούθηση των ατόμων που βρίσκονται θετικοί στη, εξέταση και χρήζουν παραπάνω διερεύνησης (Baptiste et al, 2022).

Σε μια συγχρονική μελέτη (Carter - Bawa et al, 2023) περιγράφονται οι αντιλήψεις και οι πρακτικές που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας στις υπηρεσίες ΠΦΥ για τον καρκίνο του πνεύμονα στις ΗΠΑ. Έγινε προσπάθεια να συγκριθούν οι παρατηρήσεις αυτές με τα όσα αναφέρονται στις κατευθυντήριες οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο της νόσου. Φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν εξηγούσαν ιδιαίτερα τη διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου στα άτομα υψηλού κινδύνου και εμφάνιζαν μέτρια δυνατότητα διαχείρισης ως προς τις δυσκολίες και τις απορίες που εμφάνιζαν οι βαρείς καπνιστές. Σε όλους τους συμμετέχοντες ανεξαρτήτως ειδικότητας παρατηρήθηκε περιορισμένη γνώση του οφέλους και των περιορισμών της διαδικασίας έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα. Συχνά η σύσταση προς τους βαρείς καπνιστές ήταν να γίνει μια ακτινογραφία θώρακα και όχι LDCT, θεωρώντας ότι αυτή αποτελεί την ενδεδειγμένη εξέταση έγκαιρης διάγνωσης, γεγονός που δηλώνει ότι δεν γνώριζαν ή δεν ακολουθούσαν τις οδηγίες της USPSTF.

Σε άλλη μελέτη (Leng et al, 2022) διερευνήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε 5 κοινότητες με υψηλά ποσοστά καπνιστών και συνεπώς σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα της Νέας Υόρκης με στόχο να προκύψουν συμπεράσματα τα οποία να μπορέσουν να βελτιώσουν το επίπεδο ενημέρωσης των επαγγελματιών και να αυξήσουν τα ποσοστά συμμετοχής σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου στις κοινότητες αυτές. Έχει φανεί ότι σε κοινότητες μειονοτήτων στις ΗΠΑ υπάρχουν ανισότητες και μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου γενικά αλλά και ειδικά για την εξέταση LDCT και κατά συνέπεια η επίπτωση και η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στις κοινότητες αυτές είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Ποσοστό 67% των συμμετεχόντων στην έρευνα γενικών ιατρών δήλωσαν ότι δεν εφαρμόζαν κάποιες οδηγίες για τον καρκίνο του πνεύμονα στο ιατρείο τους και εξέφραζαν προβληματισμούς σχετικά με την ικανότητα κάλυψης των εξόδων της LDCT από τους ασφαλιστικούς φορείς των πελατών τους ή φόβους σχετικά με τη δόση της ακτινοβολίας και την πιθανότητα θετικού αποτελέσματος της εξέτασης

και την ικανότητα τους να εξηγήσουν τα επόμενα βήματα διερεύνησης. Σημειώνεται συμπερασματικά ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και φυσικά ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες πρόληψης σε όλους τους πληθυσμούς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα.

Σε πρόσφατη μελέτη (Kota et al, 2022) συμμετείχαν ιατροί της ΠΦΥ στις ΗΠΑ με το σκοπό να αποτυπωθούν οι συνθήκες εφαρμογής της LDCT και τα εμπόδια στη χρήση της. Αν και είναι γνωστό ότι η εξέταση αυτή συνδέεται με 20% μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα και προτείνεται ως η διαδικασία επιλογής από την USPSTF, η χρήση της για έγκαιρη διάγνωση στην ΠΦΥ είναι περιορισμένη. Από το σύνολο των συμμετεχόντων ιατρών ΠΦΥ (59% συμμετοχή από το σύνολο των ερωτηθέντων), 78% δήλωσε ότι είχε προτείνει την εξέταση LDCT μέσα στον προηγούμενο χρόνο, 59% δήλωσε ότι γνώριζε τα κριτήρια εισαγωγής αναφορικά με την καπνιστική συνήθεια στον προσυμπτωματικό έλεγχο και 45% ότι γνώριζε τα ηλικιακά κριτήρια συμμετοχής. Φάνηκε ότι οι νεότεροι ιατροί (με έτος αποφοίτησης μετά το 1990) είχαν καλύτερη γνώση των κριτηρίων εισαγωγής στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα. Σχετικά με τα εμπόδια, 48% των συμμετεχόντων ιατρών ΠΦΥ ανέφερε ως εμπόδιο το κόστος της εξέτασης, 46% την απουσία ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους της εξέτασης και 40% την έλλειψη προσωπικής ενημέρωσης σχετικά με την εξέταση έγκαιρης διάγνωσης.

Σε άλλη μελέτη στις ΗΠΑ σε 614 επαγγελματίες ΠΦΥ που ρωτήθηκαν, συμμετείχε ποσοστό 15.7%. Φάνηκε ότι το 29.2% των ερωτηθέντων δεν είχε ποτέ συστήσει την εξέταση LDCT με τους περισσότερους από αυτούς τους επαγγελματίες να εργάζονται σε νοσοκομείο. Οι γνώσεις των επαγγελματιών που εργάζονταν σε κέντρα υγείας ή σε ακαδημαϊκά κέντρα παροχής ΠΦΥ για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα ήταν περισσότερες και παρουσιάσθηκε καλύτερη εικόνα ως προς τις γνώσεις επαγγελματιών των συνεργαζόμενων με ασφαλιστικούς φορείς κέντρων που καλύπτουν το κόστος της εξέτασης. Ως βασικά εμπόδια αναφέρθηκαν (Coughlin et al, 2020): οι ανεπάρκειες του συστήματος ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών για την αποστολή πρόσκλησης σε εξέταση (54.7%), ο υψηλός αριθμός ψευδώς θετικών ευρημάτων (18.9%), η άρνηση των ατόμων υψηλού κινδύνου να εξετασθούν (37.0%), ο περιορισμός χρόνου (16.8%) και η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης (13.7%).

Στη Σαουδική Αραβία υπάρχει μεγάλος αριθμός καπνιστών και σε διαδικτυακή μελέτη που έγινε κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2023 σε ιατρούς εργαζόμενους σε νοσοκομεία στη Σαουδική Αραβία μελετήθηκαν οι γνώσεις, οι αντιλήψεις, τα εμπόδια και οι πρακτικές παραπομπής σε εξέταση LDCT. Συμμετείχαν 96 παθολόγοι, οικογενειακοί ιατροί και πνευμονολόγοι όλων των βαθμίδων. Συνολικά ποσοστό 72,5% είχε καλή γνώση σχετικά με τη διαδικασία έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα, 48% φάνηκε να αποδέχεται την



χρησιμότητά της και το 36.5% έδειχνε πρόθυμο να συζητήσει τα αποτελέσματα της εξέτασης με τους ασθενείς. Ως εμπόδια ποσοστό 59.4% ανέφερε τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο εντός της κλινικής για ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τα οφέλη της εξέτασης, 53.1% την άρνηση του ασθενούς και 53.1% τη δυσκολία ευρέσεως διαθέσιμου ραντεβού. Οι εργαζόμενοι ιατροί σε ιδιωτικά νοσοκομεία φάνηκε να είναι καλύτερα ενημερωμένοι σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε κρατικά νοσοκομεία. Ακόμη, όσοι είχαν περισσότερα από 11-15 έτη άσκησης του επαγγέλματος ήταν 78% λιγότερο πιθανό να είναι καλά ενημερωμένοι για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα σε σχέση με εργαζόμενους με λιγότερα έτη εργασίας (Qutob et al, 2024).

#### **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΦΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

Αν και τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη θετική συμβολή της εξέτασης LDCT στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με άλλες μεθόδους η χρήση της παραμένει περιορισμένη σύμφωνα με τα ευρήματα της *National Lung Cancer Screening Trial* - NLCST (Chudgar et al, 2015).

Μερικές στρατηγικές που έχουν εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού στους παρόχους ΠΦΥ είναι:

A) η διαμόρφωση οδηγιών σχετικά με τα κριτήρια εισαγωγής στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού - στόχου.

B) δράσεις εκπαίδευσης και ενημέρωσης των επαγγελματιών της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΠΦΥ) σχετικά με την σύσταση της εξέτασης και τη συζήτηση με τα άτομα του πληθυσμού στόχου και

Γ) διοργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης των πιθανών συμμετεχόντων και η παροχή κινήτρων για συμμετοχή στις δράσεις έγκαιρης διάγνωσης.

Οι γενικοί και οι οικογενειακοί ιατροί αλλά και η πλειοψηφία των επαγγελματιών της ΠΦΥ διαφέρουν σημαντικά ως προς τις γνώσεις και τις αντιλήψεις τους σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα. Δεδομένης της επαφής που έχουν με τον γενικό πληθυσμό είναι σε θέση να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις των ατόμων του πληθυσμού στόχου.

Οι περισσότεροι φαίνεται ότι αναγνωρίζουν τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης στην επιβίωση από τον καρκίνο του πνεύμονα, αν και σημαντικό ποσοστό αυτών δεν έχει γνώση των *κριτηρίων καταλληλότητας* (eligibility criteria) για προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού, των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου ή των διαθέσιμων διαγνωστικών δοκιμασιών.

Οι Ειδικοί Γενικής Ιατρικής συχνά αναφέρουν τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο ανά ασθενή ως εμπόδιο για τη συζήτηση για θέματα προληπτικών εξετάσεων, τους

περιορισμένους πόρους και τη δυσκολία πρόσβασης στην εξέταση LDCT. Επιπλέον κάποιοι επαγγελματίες δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην πιθανότητα ψευδώς θετικού αποτελέσματος της εξέτασης και την επιβάρυνση των επιβεβαιωτικών εξετάσεων των ασθενών, με αποτέλεσμα να διστάζουν να προτείνουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο ακόμα και σε άτομα που πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής.

Οι Ειδικοί Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση των ασθενών τους σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, καθώς επίσης και οι Ειδικοί Ιατροί Εργασίας και Περιβάλλοντος στην αγωγή και προαγωγή υγείας στους χώρους εργασίας. Η συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως Πνευμονολόγοι, Ακτινολόγοι και Ογκολόγοι είναι πολύ σημαντική στην αύξηση συμμετοχής των πολιτών σε δράσεις έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα με την παραπομπή σε ειδικούς, τον συντονισμό της εξέτασης και την συνεχή παρακολούθηση.

Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ παρουσιάζουν διακύμανση στο βαθμό των γνώσεων, των αντιλήψεων, της πρόσβασης σε εξετάσεις έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα, στον διαθέσιμο χρόνο και στην πρόθεση ενημέρωσης των ασθενών τους για δράσεις πρόληψης. Χρειάζονται προσπάθειες ενημέρωσης, εκπαίδευσης και προώθησης της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων και επιστημονικών πεδίων ώστε να αυξηθεί η εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα και να σωθούν αρκετές ζωές.

#### *ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ*

Το πρόγραμμα *Europe's Beating Cancer Plan* έχει σαν στόχο τη μείωση των νέων περιστατικών καρκίνου συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι κυριότερες δράσεις που προβλέπει το πρόγραμμα αυτό είναι:

- Βελτίωση της γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονα,
- Αύξηση της ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τις συμπεριφορές που αυξάνουν τον κίνδυνο για τον καρκίνο του πνεύμονα,
- Δράσεις προαγωγής υγείας σχετικά με την βλαπτική επίδραση της καπνιστικής συνήθειας, την έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση και άλλες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα,
- Μείωση της χρήσης καπνού με στόχο την *Ευρώπη χωρίς καπνό* (Tobacco-Free Europe),
- Ενίσχυση των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού και εφαρμογή πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος,
- Μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος (η κατανάλωση οινοπνεύματος συνδέεται με διάφορες μορφές καρκίνου και του καρκίνου του πνεύμονα),

- Προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης
- Μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, δράσεις συνηγορίας για τη διασφάλιση καθαρού αέρα και την εφαρμογή πράσινου αστικού σχεδιασμού,
- Δράσεις πρωτογενούς πρόληψης (εμβολιασμός και ενημέρωση) για καρκίνους που οφείλονται σε ιούς (HPV και Hepatitis B) και σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα,
- Μείωση της επαγγελματικής έκθεσης σε παράγοντες που συνδέονται με καρκινογένεση π.χ. αμίαντος και
- Ενίσχυση των οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, καρκίνου τραχήλου της μήτρας, καρκίνου του παχέος εντέρου και οργάνωση προγραμμάτων για τον καρκίνο του προστάτη, τον καρκίνο του πνεύμονα και τον καρκίνο του στομάχου.

### *ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ*

Η σύσταση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη δημιουργία οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι σχετικά πρόσφατη, αποτελεί στρατηγική για την πρόληψη του καρκίνου στην ΕΕ και βασίζεται σε ερευνητικά δεδομένα κλινικών μελετών (European Commission, 2022).

Σε πρόσφατη ερευνητική μελέτη αναφέρεται ότι η κλινική χρησιμότητα της εξέτασης LDCT φάνηκε σε μεγάλες κλινικές μελέτες όπως η *National Lung Cancer Screening Trial* (NLST) των ΗΠΑ και η Βελγο-Ολλανδική κλινική μελέτη για τον καρκίνο του πνεύμονα (NELSON) τα αποτελέσματα της οποίας κοινοποιήθηκαν σε πολιτικό επίπεδο στην Ευρώπη (Roos et al, 2022). Η ίδια μελέτη εξετάζει μεταξύ άλλων τον τρόπο με τον οποίο οι κυβερνήσεις διαφορετικών κρατών λαμβάνουν αποφάσεις για την οργάνωση πληθυσμιακών προγραμμάτων για τον καρκίνο του πνεύμονα ταυτοποιώντας βασικά κριτήρια μέσα από την εμπειρία 10 χωρών όπου λειτουργούν προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα και συγκεκριμένα τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία, τον Καναδά, την Ιαπωνία, τη Νότια Κορέα, την Ελβετία, την Κροατία, τη Γαλλία και τη Γερμανία.

Διαπιστώθηκαν 5 κρίσιμοι παράγοντες για τη λήψη της απόφασης λειτουργίας οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα:

- A) αναγνώριση της επίδρασης του καρκίνου του πνεύμονα στην υγεία του πληθυσμού και την αποδοχή της αξίας της έγκαιρης διάγνωσης,
- B) την ύπαρξη σημαντικών κλινικών ευρημάτων που να δείχνουν συμβολή της μεθόδου έγκαιρης διάγνωσης στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα στην κάθε χώρα,
- Γ) μελέτη κόστους - ωφέλειας σύμφωνα με τον εθνικό προϋπολογισμό για δράσεις δευτερογενούς πρόληψης,

Δ) δυνατότητα αποτελεσματικής εφαρμογής του προσυμπωματικού ελέγχου σε τοπικό επίπεδο και

Ε) σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες υλοποίησης του προγράμματος, των διαδικασιών κλινικής απόφασης με τη συμμετοχή όλων των στρατηγικών εταίρων. Η χρήση των παραγόντων αυτών θα συμβάλλει στην υλοποίηση δράσεων συνηγορίας, καταγραφής των κενών και θα δώσει την ευκαιρία σε όσους χαράζουν πολιτικές υγείας να δημιουργήσουν τις ευκαιρίες για την ίδρυση προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα προσαρμοσμένο στις τοπικές ανάγκες με απώτερο στόχο να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του προγράμματος και να συμβάλλει στην καλύτερη υγεία του τοπικού πληθυσμού.

Η πρόκληση που παρουσιάζεται σε Ευρωπαϊκό επίπεδο για τον προσυμπωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα σχετίζεται με την εναρμόνιση εθνικών πολιτικών έγκαιρης διάγνωσης μεταξύ των Κρατών Μελών και την ανάγκη σύνταξης ενιαίου κειμένου κατευθυντήριων οδηγιών για την υλοποίηση και αξιολόγηση οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπωματικού ελέγχου.

Σύμφωνα με την πρόσφατη τοποθέτηση της *Ευρωπαϊκής Ακτινολογικής Εταιρείας* (European Society of Radiology - ESR), καθώς και της *Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αναπνευστικών Νοσημάτων* (European Respiratory Society - ERS) ο έλεγχος που προτείνεται να πραγματοποιείται προσυμπωματικά για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη πρέπει να γίνεται οργανωμένα και όχι ευκαιριακά, με διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας και να ενσωματώνεται σε διαδικασίες παροχής φροντίδας υγείας με την εμπλοκή των παρόχων ΠΦΥ.

Οι πάροχοι ΠΦΥ συμβάλλουν ενεργά στη διερεύνηση και στην πρόσκληση ατόμων του πληθυσμού στόχου για προσυμπωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα, παρέχοντας ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με τα οφέλη και τους περιορισμούς της διαδικασίας, διευκόλυνση στην οργάνωση της εξέτασης, των συνεργαζόμενων κέντρων και της παρακολούθησης, αλλά και με δράσεις προαγωγής υγείας για τον περιορισμό του καπνίσματος, τη υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών προτύπων.

Οι προκλήσεις στη διαδικασία αυτή είναι πολλές και σε μεγάλο βαθμό σχετίζονται με την ελλιπή ενημέρωση των λειτουργών υγείας σχετικά με τον προσυμπωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα, την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών, το ελλιπές νομικό πλαίσιο, τα περιορισμένα δεδομένα κόστους - ωφέλειας της εξέτασης LDCT και με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της διαδικασίας.

Ο οργανωμένος προσυμπωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη είναι μια πολύπλοκη και εξελισσόμενη διαδικασία η οποία απαιτεί τη συνεργασία και τον συντονισμό πολλών και διαφορετικών εταίρων και ειδικοτήτων όπως γενικών ιατρών, οικογενειακών ιατρών, πνευμονολόγων, ακτινολόγων, ογκολόγων, χειρουργών, παθολογοανατόμων, εκπροσώπων ασθενών και στρατηγικών εταίρων για να προχωρήσει ικανοποιητικά (Ponti et al, 2020). Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο η εξέταση επιλογής για τον προσυμπωματικό έλεγχο

καρκίνου του πνεύμονα είναι η *αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης* (LDCT) η οποία υπερέχει της κλασική ακτινογραφίας θώρακα (van Beek et al, 2015). Με βάση της αξιολόγηση της εξέτασης, πιθανό είναι να ζητηθεί περαιτέρω εκτίμηση του ασθενούς.

Μέχρι σήμερα κάποιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως η Κροατία, η Πολωνία, η Τσεχία, η Ιταλία, και η Ρουμανία έχουν ξεκινήσει τη λειτουργία οργανωμένων πληθυσμιακών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα για άτομα τα οποία ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου. Η Κροατία είναι η πρώτη χώρα εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης που ξεκίνησε τον Οκτώβριο 2020 οργανωμένο πληθυσμιακό πρόγραμμα για τον καρκίνο του πνεύμονα μέσω των λειτουργιών της ΠΦΥ (Wait et al, 2022).

Στην ίδια ερευνητική μελέτη διερευνήθηκαν οι παράγοντες επιτυχημένης εφαρμογής προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα σε 10 χώρες της Ευρώπης και συγκεκριμένα για το Βέλγιο, την Κροατία, τη Γαλλία, την Γερμανία, την Ιταλία, την Ισπανία, την Ολλανδία, την Πολωνία, την Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Σε ποιοτική διερεύνηση με 17 ημι-δομημένες συνεντεύξεις με ειδικούς σε κάθε χώρα αποτυπώθηκαν οι δυσκολίες και τα εμπόδια στην υλοποίηση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη. Τα ευρήματα είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται σε άλλες χώρες εκτός Ευρώπης: ζητήματα διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας, στοχευμένη προσέλευση ατόμων, ποιοτικός έλεγχος και ασφάλεια δεδομένων, ισότητα πρόσβασης στον προσυμπτωματικό έλεγχο, τοποθέτηση ειδικευμένου και εκπαιδευμένου προσωπικού, διασύνδεση των υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου της ΠΦΥ με την εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα μετά τη διάγνωση και συνεργασία με προγράμματα διακοπής καπνίσματος. Σημασία πρέπει ακόμη να δοθεί στην καταπολέμηση του στίγματος λόγω της συμμετοχής σε προγράμματα πρόληψης τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και στον γενικό πληθυσμό. Η λήψη αποφάσεων που λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες αυτούς καθιστά τις κυβερνήσεις ικανές να υλοποιήσουν πετυχημένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Στην κατεύθυνση αυτή στοχεύει η πρωτοβουλία *Strengthening the Screening of Lung Cancer in Europe* (SOLACE) η οποία ξεκίνησε τον Απρίλιο 2023 και θα διαρκέσει μέχρι τον Μάιο 2026. Είναι μια πολυκεντρική μελέτη σε 15 χώρες της Ευρώπης και εντάσσεται στο πλαίσιο της δράσης *EU4Health* και του *Europe's Cancer Beating Plan*.

Οι χώρες που συμμετέχουν είναι Αυστρία, Βέλγιο, Κροατία, Τσεχία, Εσθονία, Ελλάδα, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία, Ισπανία και Ολλανδία.

Ο στόχος της μελέτης *SOLACE* είναι να υποστηρίξει την εφαρμογή της LDCT σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στις χώρες που συμμετέχουν, να δημιουργήσει πλαίσιο οδηγιών υλοποίησης προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης

για τον καρκίνο του πνεύμονα προσπαθώντας να μειώσει τις ανισότητες πρόσβασης, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, να διασφαλίσει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών έγκαιρης διάγνωσης μέσω ενίσχυσης των συνεργασιών στρατηγικών εταιρών και να προάγει την υγεία των Ευρωπαίων πολιτών.

#### *ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*

Στην Ελλάδα ακόμα δεν υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα. Επιπλέον δεν υπάρχει ιδιαίτερη εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ σε δράσεις έγκαιρης διάγνωσης της νόσου αν και το ποσοστό των καπνιστών στην Ελλάδα είναι σημαντικό και εκτιμάται ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος σε άτομα υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα θα έχει θετικά αποτελέσματα (Souliotis et al, 2022). Ίσως η συμμετοχή της χώρας στην Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία SOLACE να συμβάλλει στη δημιουργία οργανωμένων δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα.

#### *ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ*

Με βάση τα δεδομένα των *Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων* των ΗΠΑ (CDC) η προτεινόμενη εξέταση έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι η *αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης* (Low Dose Computerised Tomography - LDCT). Η συμμετοχή σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα αφορά σε άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο νόσου αλλά δεν εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα.

Στις ΗΠΑ η *Preventive Services Task Force* (USPSTF) προτείνει ετήσια εξέταση με LDCT για άτομα που:

- Έχουν ιστορικό χρήσης 20 πακετο-ετών ή περισσότερα (1 πακετο-έτος ισοδυναμεί με κάπνισμα ενός πακέτου τσιγάρων ημερησίως για ένα έτος),
- Είναι καπνιστές ή διέκοψαν το κάπνισμα μέσα στα τελευταία 15 έτη και
- Ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50-80 ετών.

Στην Ευρώπη με βάση τις οδηγίες του *Europe's Cancer Beating Plan* (European Commission 2021) στον προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του πνεύμονα με τη μέθοδο LDCT πρέπει να κληθούν τα άτομα υψηλού κινδύνου με βάση τα εξής κριτήρια:

- Είναι καπνιστές ή πρώην καπνιστές που έχουν διακόψει στα τελευταία 15 έτη,
- Ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50 έως 75 ετών και
- Έχουν ιστορικό 30 πακετο-ετών (ισοδύναμο με κάπνισμα 20 τσιγάρων την ημέρα για 30 έτη).

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Το εμπειρικό μέρος της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, το οποίο ανήκει στην 7η ΥΠΕ και αποτελεί σημαντικό πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο νομό καθώς εξυπηρετεί πληθυσμό 75,381 κατοίκων της περιοχής. Παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Κατά συνέπεια οι αντιλήψεις των εργαζομένων σε θέματα χρήσης υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να επηρεάσει τον βαθμό συμμετοχής των κατοίκων στις δράσεις αυτές.

Αποτυπώνοντας τις αντιλήψεις αυτές δίνεται η δυνατότητα παρέμβασης και ενίσχυσης συμμετοχής σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου γενικά αλλά και ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα.

### **ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για τους σκοπούς της μελέτης συντάχθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 40 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο και ηλικία καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες και τις γνώσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του πνεύμονα.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες εργαζόμενους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του περιφερειακού νοσηλευτικού ιδρύματος να σημειώσουν παραμέτρους που επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα και σε δράσεις προαγωγής δημόσιας υγείας για την πρόληψη της νόσου στο πλαίσιο της λειτουργίας δομών *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (ΠΦΥ) στην Ελλάδα.

Για τον έλεγχο του ερωτηματολογίου προηγήθηκε πιλοτική μελέτη σε 5 εργαζόμενους του νοσοκομείου για να ελεγχθεί η ακρίβεια στη διατύπωση των ερωτήσεων, η κατανόηση των ερωτήσεων και να υπολογισθεί ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης.

### **ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Συντάχθηκε επίσης έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης στο οποίο υπήρχε σύντομη περιγραφή της μελέτης, καθώς και της διαδικασίας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και δόθηκε η διαβεβαίωση για την προστασία των ατομικών πληροφοριών και δέσμευση των ερευνητών για αποκλειστικά συλλογική αναφορά των ευρημάτων. Κατέστη σαφές ότι δεν υπάρχει οποιοσδήποτε κίνδυνος για τους συμμετέχοντες ή οποιαδήποτε άλλη επιβάρυνση του φυσικού περιβάλλοντος ή της λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Το πρωτόκολλο της μελέτης, το ερωτηματολόγιο και το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης υποβλήθηκαν προς έγκριση στο *Επιστημονικό Συμβούλιο* του Νοσοκομείου, η οποία δόθηκε. Ομοίως ζητήθηκε και ελήφθη έγκριση από την *Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (ΕΗΔΕ)* του *Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (ΔΠΘ)*.

Η διανομή, καθώς και η συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά τον μήνα Ιανουάριο 2024.

Συνολικά στο δυναμικό του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης ανήκουν 131 ιατροί και 160 νοσηλευτές, αρκετοί από τους οποίους απασχολούνται σε δομές και μονάδες εκτός του Νοσοκομείου, που βρίσκονται σε όλον το Νομό. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε με τη βοήθεια του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που βρισκόταν στο Νοσοκομείο κατά τον μήνα Ιανουάριο 2024. Συνολικά συλλέχθηκαν 49 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Ακολούθως πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική καταγραφή των απαντήσεων των ερωτηματολογίων σε λογιστικό φύλλο Excel και ποιοτικός έλεγχος των δεδομένων. Ακολούθησε περιγραφική στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα *Statistical Package for Social Sciences (SPSS ver. 21)*.

#### *ΔΟΜΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ*

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ερωτήσεις και η συμπλήρωσή του δεν απαιτεί χρόνο μεγαλύτερο των 10 λεπτών. Αποτελείται από 3 τμήματα:

- Το *Τμήμα Α* περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, τα έτη εκπαίδευσης, η ειδικότητα εργασίας στο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στην παρούσα θέση, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών και το αναφερόμενο βάρος και ύψος.
- Το *Τμήμα Β* περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις σχετικά με το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό και τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας του ερωτώμενου.
- Το *Τμήμα Γ* περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τα εμπόδια που σχετίζονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα και τις δράσεις πρόληψης της νόσου στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε από τον κύριο ερευνητή της μελέτης σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου μετά από σχετική ενημέρωση των υπευθύνων κάθε τμήματος από τον υπεύθυνο της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, οι οποίοι ενημέρωσαν στη συνέχεια τους εργαζόμενους ανά τμήμα. Συλλέχθηκαν συνολικά 49 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια στο διάστημα του μηνός Ιανουαρίου 2024. Ο αριθμός των εργαζομένων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά περιορισμένος, κάτι που μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι κατά την περίοδο



εκείνη σημαντικός αριθμός εργαζομένων είχε άδεια λόγω εορταστικής περιόδου και απουσίαζε από την εργασία του.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της μελέτης ήταν να αποτυπωθούν οι αντιλήψεις και το επίπεδο γνώσεων των εργαζομένων του Νοσοκομείου σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του πνεύμονα, τα εμπόδια συμμετοχής σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και οι παράγοντες που προάγουν την αποδοχή συμμετοχής τους σε δράσεις προαγωγής της Δημόσιας Υγείας.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Το *Τμήμα Α* του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Αναφορικά με το φύλο των συμμετεχόντων το 1/3 ήταν άνδρες και τα υπόλοιπα 2/3 ήταν γυναίκες (Πίνακας 2).

*Πίνακας 2.* Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα του φύλου.

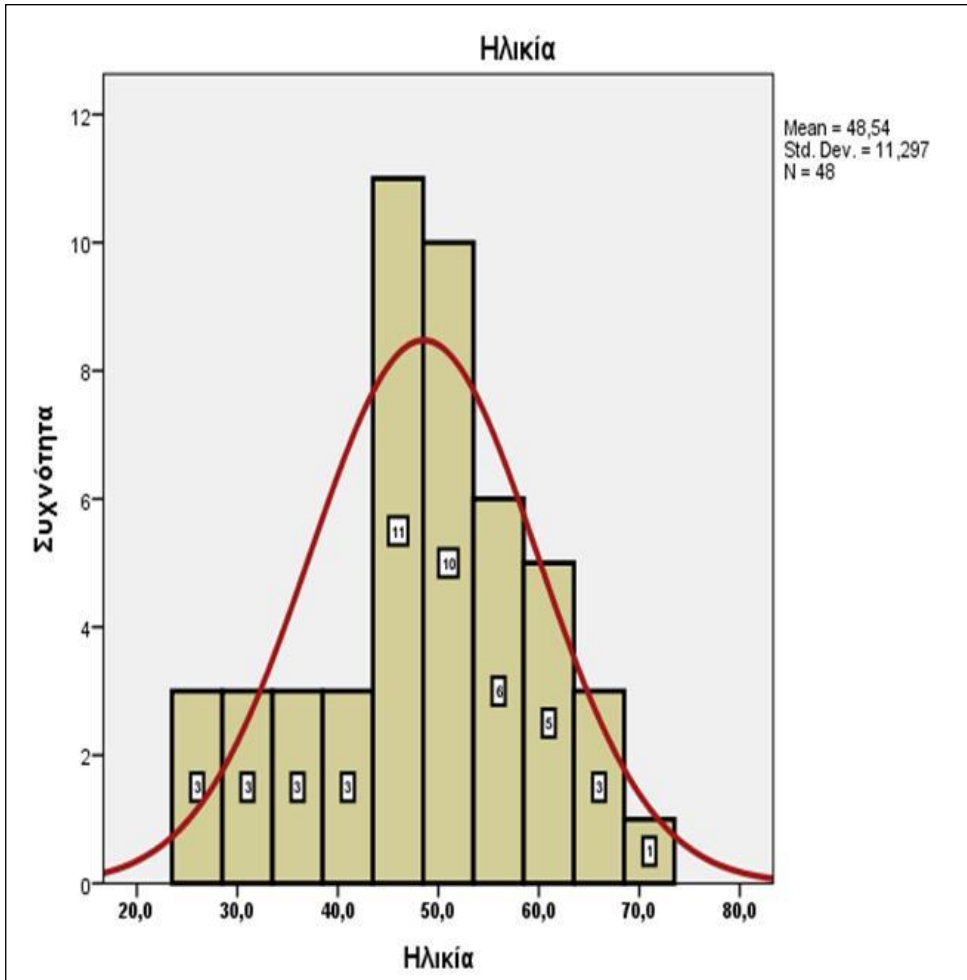
Φύλο				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ανδρας	16	32,7	33,3	33,3
Γυναίκα	32	65,3	66,7	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

Η ηλικία των ερωτώμενων κυμάνθηκε από 26 μέχρι και 73 ετών με μέση τιμή ηλικίας τα 48.5 έτη και τυπική απόκλιση 11.3 έτη (Διάγραμμα 1).

Αντίστοιχα δεδομένα για τα έτη υπηρεσίας στη παρούσα θέση ήταν 2 (ελάχιστη), 40 (μέγιστη) 20,7 (μέση τιμή) και 12 έτη (σταθερή απόκλιση), όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.

Το βάρος των εργαζομένων κυμάνθηκε από 50 μέχρι 120 κιλά με μέσο βάρος τα 80.5 κιλά και τυπική απόκλιση 16.3 κιλά.

Αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα για το ύψος: 128.0 εκατοστά (ελάχιστη τιμή), 196.0 εκατοστά (μέγιστη τιμή), 168.9 εκατοστά (μέση τιμή) και 12.2 εκατοστά (σταθερή απόκλιση).



Διάγραμμα 1. Ιστόγραμμα συχνότητας ηλικίας των εργαζομένων.

Πίνακας 3. Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ποσοτικών πληροφοριών των ερωτώμενων.

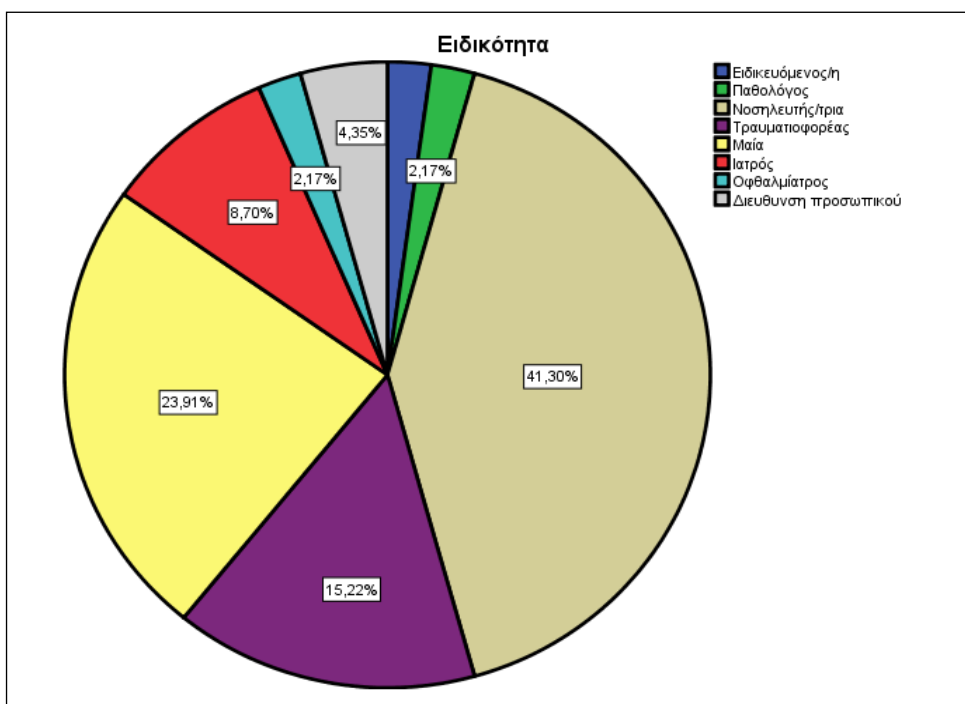
	Ποσοτικές πληροφορίες				
	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Ηλικία	48	26,0	73,0	48,542	11,2967
Ετη υπηρεσίας στην παρούσα θέση	44	2,0	40,0	20,727	12,0007
Βάρος	44	50,0	120,0	80,477	16,2788
Υψος	44	128,0	196,0	168,909	12,1976

Η πλειοψηφία των εργαζομένων που ρωτήθηκαν ήταν νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες με ποσοστό 41.3%, δεύτερη κατά σειρά ομάδα ήταν οι μαίες με ποσοστό 23.9%,

ενώ άλλες ειδικότητες παρουσιάσθηκαν με μικρότερες συχνότητες (Πίνακας 4 και Διάγραμμα 2).

Πίνακας 4. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα της ειδικότητας.

Ειδικότητα				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ειδικευόμενος/η	1	2,0	2,2	2,2
Παθολόγος	1	2,0	2,2	4,3
Νοσηλεύτης/τρια	19	38,8	41,3	45,7
Τραυματιοφορέας	7	14,3	15,2	60,9
Μαία	11	22,4	23,9	84,8
Ιατρός	4	8,2	8,7	93,5
Οφθαλμίατρος	1	2,0	2,2	95,7
Διευθυνση προσωπικού	2	4,1	4,3	100,0
Σύνολο	46	93,9	100,0	
Δεν απάντησαν	3	6,1		
Σύνολο	49	100,0		

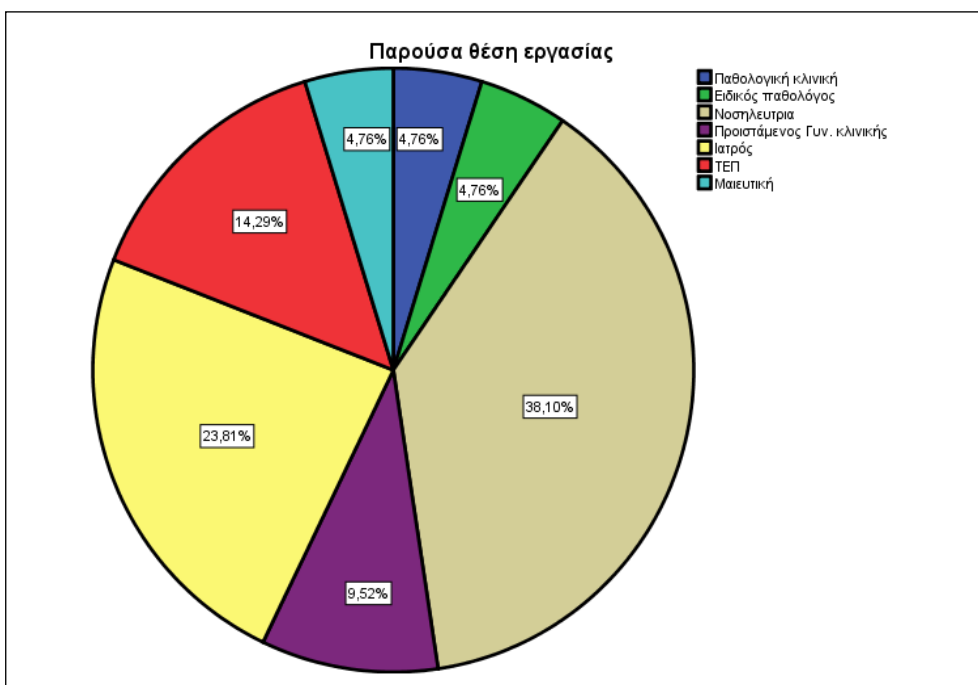


Διάγραμμα 2. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα της ειδικότητας.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων στην ερώτηση για την παρούσα θέση εργασίας δήλωσαν νοσηλεύτες /τριες σε ποσοστό 38.3%, δεύτερη κατά σειρά ομάδα ήταν οι ιατροί με ποσοστό 23.8% ενώ άλλες ειδικότητες παρουσιάστηκαν με μικρότερες συχνότητες όπως φαίνεται στον Πίνακα 5 και στο Διάγραμμα 3.

Πίνακας 5. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα της παρούσης θέσης εργασίας.

Παρούσα θέση εργασίας				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Παθολογική Κλινική	1	2,0	4,8	4,8
Ειδικός Παθολόγος	1	2,0	4,8	9,5
Νοσηλεύτρια	8	16,3	38,1	47,6
Προϊστάμενος Γυν. κλινικής	2	4,1	9,5	57,1
Ιατρός	5	10,2	23,8	81,0
ΤΕΠ	3	6,1	14,3	95,2
Μαιευτική	1	2,0	4,8	100,0
Σύνολο	21	42,9	100,0	
Δεν απάντησαν	28	57,1		
Σύνολο	49	100,0		

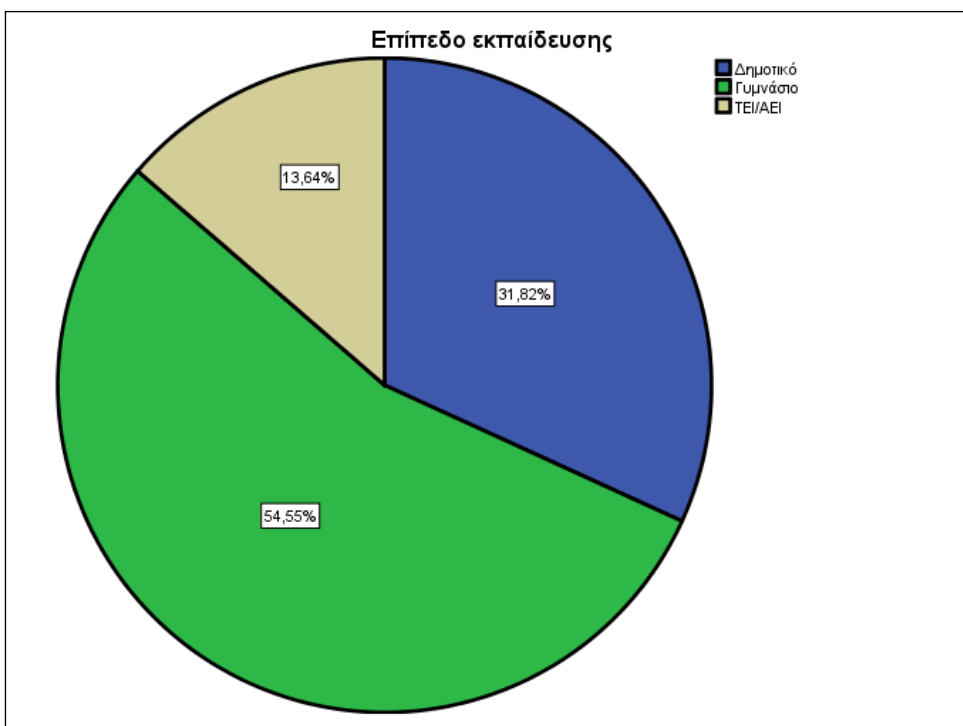


Διάγραμμα 3. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα με τη θέση εργασίας.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων στην ερώτηση για το επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν απόφοιτοι γυμνασίου σε ποσοστό 54.5% δεύτερη κατά σειρά ομάδα ήταν οι απόφοιτοι του δημοτικού με ποσοστό 31.8% ενώ απόφοιτοι ΤΕΙ / ΑΕΙ αποτελούν τη μειοψηφία με ποσοστό 13.6% (Πίνακας 6, Διάγραμμα 4).

Πίνακας 6. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα του επιπέδου εκπαίδευσης.

Επίπεδο εκπαίδευσης				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Δημοτικό	14	28,6	31,8	31,8
Γυμνάσιο	24	49,0	54,5	86,4
ΤΕΙ/ΑΕΙ	6	12,2	13,6	100,0
Σύνολο	44	89,8	100,0	
Δεν απάντησαν	5	10,2		
Σύνολο	49	100,0		



Διάγραμμα 4. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα του επιπέδου εκπαίδευσης.

Στον Πίνακα 7 φαίνεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι ήταν έγγαμοι σε ποσοστό 73.5%, δεύτερη κατηγορία ήταν οι άγαμοι και ένα ποσοστό 6.1% ήταν

διαζευγμένοι. Στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι είχαν 2 παιδιά σε ποσοστό 44%, δεύτερη ομάδα είχαν τρία παιδιά σε ποσοστό 22.2% ενώ ποσοστό 19.4% των ερωτηθέντων είχε ένα παιδί.

Πίνακας 7. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα της οικογενειακής κατάστασης.

Οικογενειακή κατάσταση				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Αγαμος/μη	10	20,4	20,4	20,4
Εγγαμος/μη	36	73,5	73,5	93,9
Διαζευγμενος/νη	3	6,1	6,1	100,0
Σύνολο	49	100,0	100,0	

Πέντε εργαζόμενοι δήλωσαν ότι έχουν περισσότερα από 4 παιδιά, όπως φαίνεται στον αντίστοιχο πίνακα (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Κατανομή των εργαζομένων ανάλογα του αριθμού παιδιών.

Αριθμός παιδιών				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
1,0	7	14,3	19,4	19,4
2,0	16	32,7	44,4	63,9
3,0	8	16,3	22,2	86,1
4,0	2	4,1	5,6	91,7
5,0	2	4,1	5,6	97,2
7,0	1	2,0	2,8	100,0
Σύνολο	36	73,5	100,0	
Δεν απάντησαν	13	26,5		
Σύνολο	49	100,0		

Το *Τμήμα Β* του ερωτηματολογίου είχε ερωτήσεις σχετικά με το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό και τις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων. Από όσους απάντησαν στο ερώτημα σχετικά με το ιστορικό αναπνευστικής νόσου, κανένας από τους εργαζόμενους δεν ανέφερε ιστορικό αναπνευστικής νόσου (Πίνακας 9).

Τρεις στους δέκα εργαζόμενους ανέφεραν ότι έχουν κάνει ακτινογραφία θώρακα (Πίνακας 10).

Πίνακας 9. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του ιστορικού αναπνευστικής νόσου.

Ιστορικό αναπνευστικής νόσου				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Οχι	35	71,4	100,0	100,0
Δεν απάντησαν	14	28,6		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 10. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα της ακτινογραφίας θώρακος.

Ακτινογραφία πνεύμονα				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	33	67,3	70,2	70,2
Οχι	14	28,6	29,8	100,0
Σύνολο	47	95,9	100,0	
Δεν απάντησαν	2	4,1		
Σύνολο	49	100,0		

Στην ερώτηση σχετικά με την καπνιστική συνήθεια, από όσους απάντησαν στο ερώτημα 18 άτομα ήταν καπνιστές (37.5%) ενώ το 62,5% δήλωσε μη καπνιστής (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του καπνίσματος.

Είστε καπνιστής;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	18	36,7	37,5	37,5
Οχι	30	61,2	62,5	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

Από τα 18 άτομα που δήλωσαν καπνιστές, 22% αρχίσαν το κάπνισμα προ 20ετίας. Δεύτερη κατηγορία ήταν εργαζόμενοι που άρχισαν το κάπνισμα πριν 17

χρόνια σε ποσοστό 16.7% ενώ άλλα έτη που οι εργαζόμενοι άρχισαν να καπνίζουν αντιπροσωπεύθηκαν με μικρότερες συχνότητες (πίνακας 12).

*Πίνακας 12.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με την έναρξη της καπνιστικής συνήθειας.

Πριν από πόσα χρόνια ξεκινήσατε το κάπνισμα				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
2,0	2	4,1	11,1	11,1
11,0	1	2,0	5,6	16,7
12,0	1	2,0	5,6	22,2
14,0	1	2,0	5,6	27,8
15,0	2	4,1	11,1	38,9
17,0	3	6,1	16,7	55,6
19,0	1	2,0	5,6	61,1
20,0	4	8,2	22,2	83,3
22,0	1	2,0	5,6	88,9
25,0	2	4,1	11,1	100,0
Σύνολο	18	36,7	100,0	
Δεν απάντησαν	31	63,3		
Σύνολο	49	100,0		

Περισσότεροι από οκτώ στους δέκα καπνίζουν διάφορους τύπους προϊόντων όπως κλασσικά τσιγάρα, στριφτά ή ηλεκτρονικό τσιγάρο (Πίνακας 13).

*Πίνακας 13.* Κατανομή των εργαζόμενων με τον τύπο προϊόντος που καπνίζουν.

Καπνίζετε τσιγάρα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	17	34,7	81,0	81,0
Όχι	4	8,2	19,0	100,0
Σύνολο	21	42,9	100,0	
Δεν απάντησαν	28	57,1		
Σύνολο	49	100,0		



Πρώτη ομάδα κατανάλωσης είναι αυτή των είκοσι τσιγάρων ημερησίως σε ποσοστό 35.7%, δεύτερη σε σειρά καταναλωτές τσιγάρων ημερησίως είναι οι των 25 τσιγάρων σε ποσοστό 21.4% ενώ μικρότερες καταναλώσεις ημερησίως παρουσιάζονται με μικρότερες συχνότητες (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα της ποσότητας τσιγάρων ημερησίως.

Πόσα τσιγάρα την ημέρα				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
5,0	1	2,0	7,1	7,1
10,0	2	4,1	14,3	21,4
15,0	1	2,0	7,1	28,6
20,0	5	10,2	35,7	64,3
25,0	3	6,1	21,4	85,7
40,0	2	4,1	14,3	100,0
Σύνολο	14	28,6	100,0	
Δεν απάντησαν	35	71,4		
Σύνολο	49	100,0		

Στον Πίνακα 15 φαίνεται ότι πάνω από τους μισούς εργαζόμενους (55,6%) που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σκέπτονται να διακόψουν το κάπνισμα.

Πίνακας 15. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα της πρόθεσης διακοπής καπνίσματος.

Σκέφτεσθε να διακόψετε το κάπνισμα				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	10	20,4	55,6	55,6
Όχι	8	16,3	44,4	100,0
Σύνολο	18	36,7	100,0	
Δεν απάντησαν	31	63,3		
Σύνολο	49	100,0		

Στον Πίνακα 16 φαίνεται ότι πάνω από το 80% των εργαζομένων δηλώνει πρόθεση διακοπής «κάποια στιγμή στο μέλλον», ενώ ισόποσο ποσοστό αναφέρει τη διακοπή του καπνίσματος «τον επόμενο μήνα» ή «τους επόμενους 6 μήνες».

Πίνακας 16. Κατανομή των εργαζόμενων με βάση το πότε θα διακόψουν το κάπνισμα.

Εάν σκέφτεστε να διακόψετε πότε;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
τον επόμενο μήνα	1	2,0	8,3	8,3
επόμενους 6 μήνες	1	2,0	8,3	16,7
κάποια στιγμή στο μέλλον	10	20,4	83,3	100,0
Σύνολο	12	24,5	100,0	
Δεν απάντησαν	37	75,5		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 17. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του εάν είναι πρώην καπνιστής.

Είστε πρώην καπνιστής				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	4	8,2	17,4	17,4
Όχι	19	38,8	82,6	100,0
Σύνολο	23	46,9	100,0	
Δεν απάντησαν	26	53,1		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 18. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του πότε διέκοψαν το κάπνισμα.

Πότε διακόψατε το κάπνισμα				
Έτος	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
2003	1	2,0	14,3	14,3
2010	1	2,0	14,3	28,6
2012	2	4,1	28,6	57,1
2013	1	2,0	14,3	71,4
2018	2	4,1	28,6	100,0
Σύνολο	7	14,3	100,0	
Δεν απάντησαν	42	85,7		
Σύνολο	49	100,0		

Το 82.6% δεν ήταν πρώην καπνιστές ενώ το υπόλοιπο έχει διακόψει το κάπνισμα (Πίνακας 17) και η πλειοψηφία αυτών που διέκοψαν το κάπνισμα ήταν το έτος 2012 και το 2018 σε ποσοστό 28,6% (Πίνακας 18).

Το 75% των ερωτηθέντων θεωρούν εξαιρετικό σημαντική τη διακοπή του καπνίσματος και το 11.1% απλά σημαντική (Πίνακας 19). Εξαιρετικά εύκολο να μην ξανακαπνίσει θεωρεί το 45.2% και καθόλου εύκολο το 25.8%, (Πίνακας 20).

*Πίνακας 19.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του πόσο σημαντική είναι η διακοπή καπνίσματος.

Πόσο σημαντική είναι η διακοπή του καπνίσματος				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Καθόλου	2	4,1	5,6	5,6
Ούτε-ούτε	3	6,1	8,3	13,9
Σημαντικό	4	8,2	11,1	25,0
Εξαιρετικά σημαντικό	27	55,1	75,0	100,0
Σύνολο	36	73,5	100,0	
Δεν απάντησαν	13	26,5		
Σύνολο	49	100,0		

*Πίνακας 20.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με την ευκολία διακοπής καπνίσματος.

Πόσο εύκολο είναι να μην ξανακαπνίσετε				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Καθόλου	8	16,3	25,8	25,8
Λίγο εύκολο	2	4,1	6,5	32,3
Ούτε εύκολο-ούτε δύσκολο	5	10,2	16,1	48,4
Ευκολο	2	4,1	6,5	54,8
Εξαιρετικά εύκολο	14	28,6	45,2	100,0
Σύνολο	31	63,3	100,0	
Δεν απάντησαν	18	36,7		
Σύνολο	49	100,0		

Ενδιαφέρον είναι ότι πάνω από 8 στους δέκα ζει σε περιβάλλον καπνιστών, συνεπώς εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του εάν ζει σε περιβάλλον καπνιστών.

Εάν δεν είστε καπνιστής, ζείτε σε περιβάλλον καπνιστών;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	26	53,1	81,3	81,3
Όχι	6	12,2	18,8	100,0
Σύνολο	32	65,3	100,0	
Δεν απάντησαν	17	34,7		
Σύνολο	49	100,0		

Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, συγγενικό πρόσωπο με καρκίνο ανέφερε το 13% των ερωτώμενων (Πίνακας 22α) και συγκεκριμένα τρεις από τους ερωτώμενους είχαν καρκινοπαθή στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, ενώ άλλοι τρεις στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (Πίνακας 22 β).

Πίνακας 22α. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του εάν έχουν συγγενικό πρόσωπο με καρκίνο.

Συγγενικό πρόσωπο με καρκίνο				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	6	12,2	13,0	13,0
Όχι	40	81,6	87,0	100,0
Σύνολο	46	93,9	100,0	
Δεν απάντησαν	3	6,1		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 22β. Άτομο οικογενειακού περιβάλλοντος με καρκίνο.

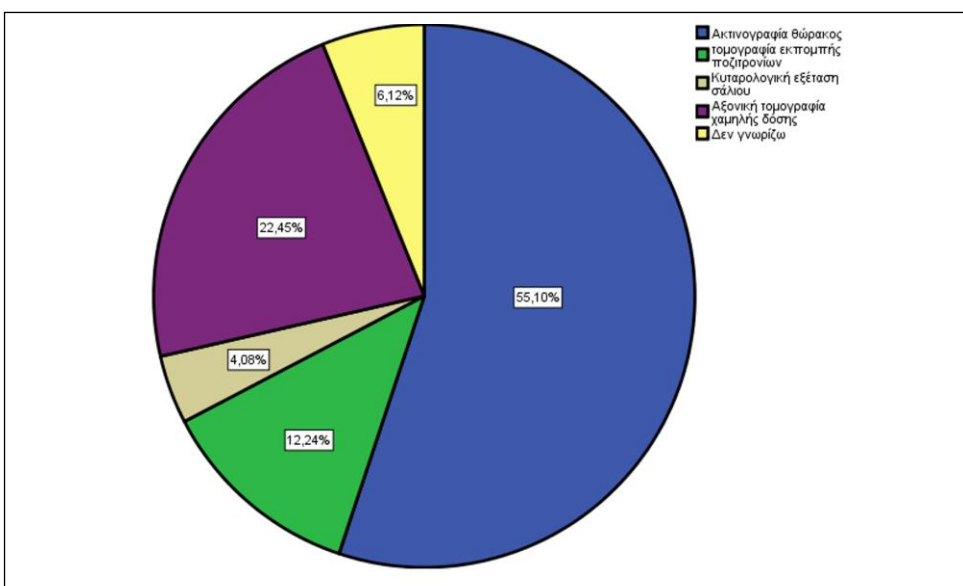
Άτομο περιβάλλοντος				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Πεθερός	1	2,0	16,7	16,7
Θείος	2	4,1	33,3	50,0
Πατέρας	2	4,1	33,3	83,3
Μητέρα	1	2,0	16,7	100,0
Σύνολο	6	12,2	100,0	
Δεν απάντησαν	43	87,8		
Σύνολο	49	100,0		

Το Τμήμα Γ του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα, τις αντιλήψεις και τα εμπόδια.

Για περισσότερους από τους μισούς ερωτώμενους (55,1%) η ακτινογραφία θώρακα αποτελεί την προτεινόμενη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα, ενώ η αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης αναφέρεται ως δεύτερη σε ποσοστό 22,4%. Ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι ποσοστό 6% ανέφερε άγνοια μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου (Πίνακας 23, Διάγραμμα 5).

Πίνακας 23. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με τη γνώση για την προτεινόμενη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του πνεύμονα.

Γνώση προτεινόμενης μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ακτινογραφία θώρακος	27	55,1	55,1	55,1
Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων	6	12,2	12,2	67,3
Κυταρολογική εξέταση σάλιου	2	4,1	4,1	71,4
Αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης	11	22,4	22,4	93,9
Δεν γνωρίζω	3	6,1	6,1	100,0
Σύνολο	49	100,0	100,0	



Διάγραμμα 5. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με την προτεινόμενη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του πνεύμονα.

Περισσότεροι από οκτώ στους δέκα ερωτώμενους θεωρούν ορθά ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα (Πίνακας 24).

*Πίνακας 24.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του εάν ο προσυμπτωματικός έλεγχος βοηθά στη έγκαιρη διάγνωση.

Η προτεινόμενη μέθοδος βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Σωστό	39	79,6	83,0	83,0
Λάθος	8	16,3	17,0	100,0
Σύνολο	47	95,9	100,0	
Δεν απάντησαν	2	4,1		
Σύνολο	49	100,0		

*Πίνακας 25.* Κατανομή των απαντήσεων των εργαζόμενων ανάλογα με τον πληθυσμό στόχο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα.

Σε ποιούς απευθύνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του πνεύμονα;				
Απευθύνεται σε όποιον	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
έχει καπνίσει έστω και μία φορά στη ζωή του	10	20,4	21,7	21,7
καπνίζει περισσότερα από ένα πακέτο ημερησίως	15	30,6	32,6	54,3
καπνίζει ένα πακέτο την ημέρα για 30 χρόνια ή έχει διακόψει μέσα στα τελευταία 15 έτη	14	28,6	30,4	84,8
εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα	7	14,3	15,2	100,0
Σύνολο	46	93,9	100,0	
Δεν απάντησαν	3	6,1		
Σύνολο	49	100,0		

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση εάν γνωρίζουν τα κριτήρια της καπνιστικής συνήθειας για να προταθεί συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα. Οι ερωτώμενοι θεωρούν σε ποσοστό 32,6% ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος απευθύνεται σε

καπνιστές που καπνίζουν ένα πακέτο ημερησίως και ποσοστό 30,4% θεωρεί ότι απευθύνεται σε καπνιστές με 30 χρόνια καπνίσματος ή σε όσους έχουν διακόψει από 15 έτη και πάνω.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση σχετικά με τη σημασία της θετικότητας της εξέτασης προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα σχεδόν διχάζονται, με το 52.1% να θεωρεί ότι δεν σημαίνει ότι υπάρχει διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα αλλά 47.9% να θεωρούν ότι σημαίνει διάγνωση της νόσου (Πίνακας 26).

*Πίνακας 26.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με τις αντιλήψεις για την θετικότητα του ελέγχου.

Στην περίπτωση που ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι θετικός σημαίνει ότι υπάρχει διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	23	46,9	47,9	47,9
Όχι	25	51,0	52,1	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων στο ερώτημα για την ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού στόχου για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα θεωρεί ότι είναι η ηλικιακή ομάδα 45-75 ετών σε ποσοστό 32% περίπου, ενώ το 23.4% θεωρεί σωστά την ηλικιακή ομάδα 50-75 ετών και τέλος ποσοστό 25.5% την ηλικιακή ομάδα 45-80 ετών (Πίνακας 27, Διάγραμμα 6).

*Πίνακας 27.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με την ηλικιακή διαθεσιμότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Σε ποιές ηλικίες είναι διαθέσιμος ο προσυμπτωματικός έλεγχος;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
50-80	9	18,4	19,1	19,1
50-75	11	22,4	23,4	42,6
45-80	12	24,5	25,5	68,1
45-75	15	30,6	31,9	100,0
Σύνολο	47	95,9	100,0	
Δεν απάντησαν	2	4,1		
Σύνολο	49	100,0		



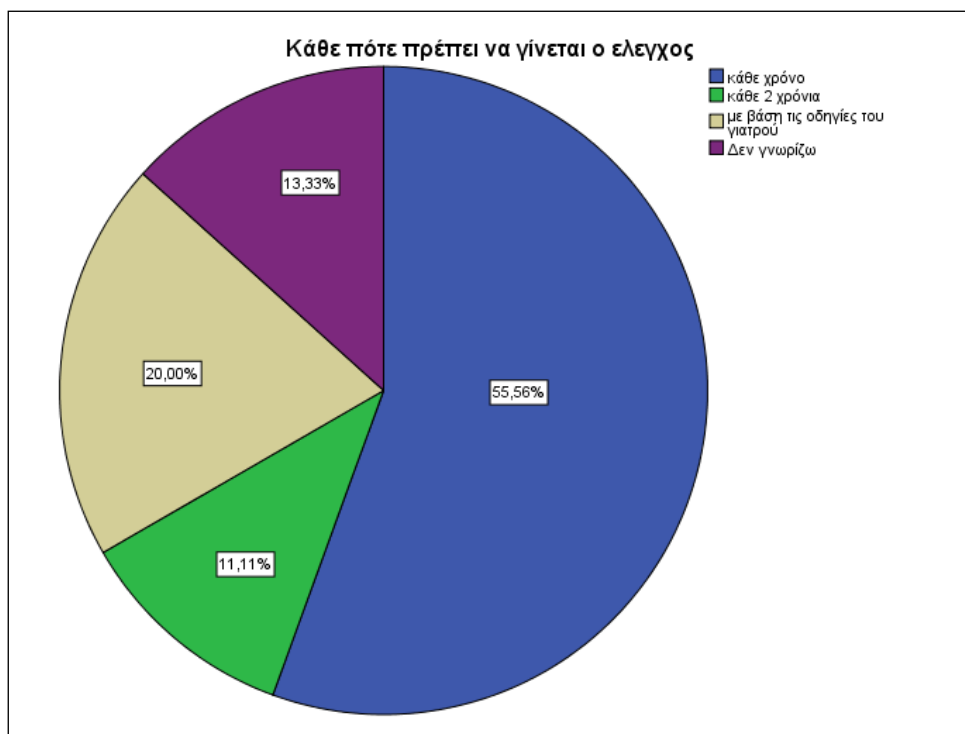
*Διάγραμμα 6.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με την ηλικιακή διαθεσιμότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 55.6% θεωρεί ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο αλλά υπάρχει το 20% το οποίο θεωρεί ότι ο επαναληπτικός έλεγχος πρέπει να γίνεται με βάση τις οδηγίες του γιατρού (Πίνακας 28, Διάγραμμα 7).

*Πίνακας 28.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του κάθε πότε πρέπει να γίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Κάθε πότε πρέπει να γίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
κάθε χρόνο	25	51,0	55,6	55,6
κάθε 2 χρόνια	5	10,2	11,1	66,7
με βάση τις οδηγίες ιατρού	9	18,4	20,0	86,7
Δεν γνωρίζω	6	12,2	13,3	100,0
Σύνολο	45	91,8	100,0	
Δεν απάντησαν	4	8,2		
Σύνολο	49	100,0		





*Διάγραμμα 7.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του κάθε πότε πρέπει να γίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα

Αναφορικά με την ύπαρξη οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, ένας στους πέντε ερωτώμενους σε ποσοστό 20,9% αναφέρει ύπαρξη οργανωμένου προγράμματος ελέγχου στη χώρα (Πίνακας 29).

Ποσοστό 83,8% πιστεύει ότι το κόστος πρέπει να καλύπτεται από το κράτος, ενώ ποσοστό 2,7% από ιδιωτική ασφάλιση (Πίνακας 30).

*Πίνακας 29.* Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του αν γνωρίζουν την ύπαρξη οργανωμένου προγράμματος καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα.

Γνωρίζετε εάν υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	9	18,4	20,9	20,9
Όχι	34	69,4	79,1	100,0
Σύνολο	43	87,8	100,0	
Δεν απάντησαν	6	12,2		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 30. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα του φορέα που πρέπει να καλύπτει το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του πνεύμονα.

Ποιός πρέπει να καλύπτει το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του πνεύμονα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ιδιωτικά	2	4,1	5,4	5,4
Οργάνωση υγείας	1	2,0	2,7	8,1
Το κράτος	31	63,3	83,8	91,9
ΠΟΥ	2	4,1	5,4	97,3
Ιδιωτική ασφάλιση	1	2,0	2,7	100,0
Σύνολο	37	75,5	100,0	
Δεν απάντησαν	12	24,5		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 31. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με την αναγκαιότητα προσυμπτωματικού ελέγχου με προγράμματα προαγωγής υγείας.

Η συμμετοχή ελέγχου πρέπει να συνδυάζεται με προγράμματα προαγωγής υγείας;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	42	85,7	87,5	87,5
Όχι	6	12,2	12,5	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

Ποσοστό 87.5% των εργαζομένων πιστεύει ότι ο έλεγχος πρέπει να συνδυάζεται με προγράμματα προαγωγής υγείας.

Πίνακας 32. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα με τη χρησιμότητα συμμετοχής σε πρόγραμμα διακοπής.

Εάν διακόψετε το κάπνισμα δεν χρειάζεται συμμετοχή σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
Ναι	9	18,4	18,8	18,8
Όχι	39	79,6	81,3	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

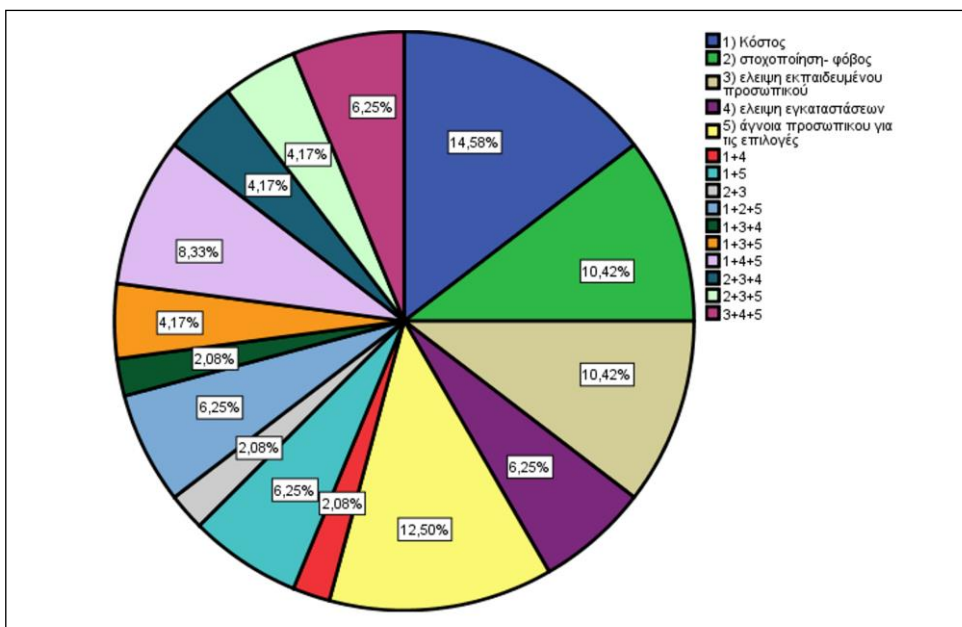
Παράλληλα με τη διακοπή καπνίσματος το 81.3% θεωρεί τη συμμετοχή σε πρόγραμμα διακοπής απαραίτητη η οποία πρέπει να συνεχισθεί.

Το κόστος αναφέρεται ως πρώτο εμπόδιο από το 14% των ερωτηθέντων ενώ από το 12.5% των εργαζομένων θεωρείται ως εμπόδιο η άγνοια του προσωπικού για τις επιλογές. Ποσοστό 10.4% θεωρεί ως εμπόδιο τη στοχοποίηση, το φόβο και την έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού για την εξέταση LDCT.

Αυτά τα εμπόδια αναφέρονται μεμονωμένα αλλά υπάρχουν και συνδυασμοί αυτών των εμποδίων ανά δύο ή και τρία με μικρότερες συχνότητες (Πίνακας 33 και Διάγραμμα 8).

*Πίνακας 33.* Κατανομή των εργαζομένων με βάση τα σημαντικότερα εμπόδια συμμετοχής σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Αναφέρατε τα τρία σημαντικότερα εμπόδια για συμμετοχή σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου				
	<i>Αριθμός</i>	<i>Αναλογία %</i>	<i>Αναλογία %</i>	<i>Αθροιστική Αναλογία %</i>
1) Κόστος	7	14,3	14,6	14,6
2) στοχοποίηση - φόβος	5	10,2	10,4	25,0
3) έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού	5	10,2	10,4	35,4
4) έλλειψη εγκαταστάσεων	3	6,1	6,3	41,7
5) άγνοια προσωπικού για τις επιλογές	6	12,2	12,5	54,2
1+4	1	2,0	2,1	56,3
1+5	3	6,1	6,3	62,5
2+3	1	2,0	2,1	64,6
1+2+5	3	6,1	6,3	70,8
1+3+4	1	2,0	2,1	72,9
1+3+5	2	4,1	4,2	77,1
1+4+5	4	8,2	8,3	85,4
2+3+4	2	4,1	4,2	89,6
2+3+5	2	4,1	4,2	93,8
3+4+5	3	6,1	6,3	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		



Διάγραμμα 8. Κατανομή των εργαζόμενων με βάση τα σημαντικότερα εμπόδια συμμετοχής σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου

Το 45,8% θεωρεί τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ως τις πλέον ενδεδειγμένες μονάδες παροχής οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα και το 25% τις μονάδες Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ενώ ένας στους τρεις περίπου θεωρεί ότι η υπηρεσία προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να προσφέρεται από *Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα*.

Πίνακας 34. Κατανομή των εργαζόμενων αναλόγως του κέντρου εξέτασης προσυμπτωματικού ελέγχου.

Πού πρέπει να προσφερεται η εξέταση για προσυμπτωματικό έλεγχο στην Ελλάδα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας	22	44,9	45,8	45,8
σε δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια	12	24,5	25,0	70,8
σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα	14	28,6	29,2	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

Πίνακας 35. Κατανομή των εργαζόμενων ανάλογα της πιθανότητας συμμετοχής σε εξέταση προσυμπωματικού ελέγχου.

Πού πρέπει να προσφερεται η εξέταση για προσυμπωματικό έλεγχο στην Ελλάδα;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας	22	44,9	45,8	45,8
σε δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια	12	24,5	25,0	70,8
σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα	14	28,6	29,2	100,0
Σύνολο	48	98,0	100,0	
Δεν απάντησαν	1	2,0		
Σύνολο	49	100,0		

Πολύ πιθανή δηλώνει το 39,6% των ερωτηθέντων ότι είναι η συμμετοχή τους σε πρόγραμμα προσυμπωματικού ελέγχου εάν προσκληθούν, το 20,8% απαντά «βέβαια» και «ίσως» να συμμετάσχει δηλώνει το 33,3% (Πίνακας 35).

Πίνακας 36. Κατανομή των εργαζόμενων καπνιστών αν σκέπτονται τη διακοπή του καπνίσματος.

Εάν είστε καπνιστής, σκέφτεστε να διακόψετε;				
	Αριθμός	Αναλογία %	Αναλογία %	Αθροιστική Αναλογία %
ναί σίγουρα	2	4,1	13,3	13,3
ναί ίσως	9	18,4	60,0	73,3
μάλλον όχι	2	4,1	13,3	86,7
σίγουρα όχι	2	4,1	13,3	100,0
Σύνολο	15	30,6	100,0	
Δεν απάντησαν	34	69,4		
Σύνολο	49	100,0		

Από τους συνολικά 15 καπνιστές το 60% αναφέρει ότι «ναί, ίσως» να σκέφτεται τη διακοπή καπνίσματος, ενώ από ισόποση αναλογία αναφέρονται οι εκδοχές «ναί, σίγουρα» και «μάλλον όχι» σε ποσοστό 13.3% (Πίνακας 36).

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εντοπισθούν οι αντιλήψεις, το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τα εμπόδια συμμετοχής σε δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και τους παράγοντες που προάγουν την αποδοχή συμμετοχής τους σε δράσεις προαγωγής της Δημόσιας Υγείας.

Για το σκοπό αυτό συλλέχθηκαν πληροφορίες μέσω ερωτηματολογίου για 49 εργαζόμενους στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης κατά τον Ιανουάριο του 2024.

Λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος τα αποτελέσματα περιορίστηκαν μόνο στην περιγραφή των δεδομένων, χωρίς να εφαρμοσθούν μέθοδοι επαγωγής στατιστικής.

Σύμφωνα με το σκοπό της έρευνας φάνηκε ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες θεωρούν την ακτινογραφία θώρακα ως την πρώτη μέθοδο επιλογής για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα, με την αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης να αναφέρεται ως δεύτερη.

Μικρό ποσοστό 6% ανέφερε άγνοια μεθόδου έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Περισσότεροι από οκτώ στους δέκα θεωρούν ορθά ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση.

Οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος απευθύνεται σε καπνιστές που καπνίζουν ένα πακέτο ημερησίως σε ποσοστό 32,6% και σε καπνιστές με 30 χρόνια καπνίσματος σε ποσοστό 30,4%.

Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα στην οποία απευθύνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα ποσοστό 32% περίπου θεωρεί ότι είναι η ηλικιακή ομάδα 45-75 ετών, το 23,4% θεωρεί σωστά την ηλικιακή ομάδα 50-75 ετών και τέλος ποσοστό 25,5% την ηλικιακή ομάδα 45-80 ετών.

Σχεδόν διχάζονται οι εργαζόμενοι ως προς τι σημαίνει η θετικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τη διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (55,6%) θεωρεί ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο και το 20% με βάση τις οδηγίες του γιατρού.

Ποσοστό 83,8% των ερωτώμενων πιστεύει ότι το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να καλύπτεται από το κράτος και το 2,7% από ιδιωτική ασφάλιση.

Σε ποσοστό 87,5% των εργαζομένων πιστεύει ότι ο έλεγχος πρέπει να συνδυάζεται με προγράμματα προαγωγής υγείας.

Τα σημαντικότερα εμπόδια που αναφέρονται από τους συμμετέχοντες για συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο είναι το κόστος ως πρώτο εμπόδιο και αναφέρεται από το 14%, ενώ ως δεύτερο εμπόδιο από το 12,5% των εργαζομένων θεωρείται η άγνοια του προσωπικού για τις επιλογές προσυμπτωματικού ελέγχου, ως τρίτο εμπόδιο από το 10,4% θεωρείται η στοχοποίηση - φόβος, ως τέταρτο (10,4%) η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού και ως πέμπτο η έλλειψη των αναγκαίων εγκαταστάσεων για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα (6,3% των ερωτώμενων).

Ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι το 45,8% του δείγματος θεωρεί τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως το πιο κατάλληλο σημείο διεξαγωγής του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα, 25% τις δομές δευτεροβάθμιας / τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ ένας τους τρεις περίπου ανέφερε τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσης μελέτης αλλά και παρόμοιων μελετών σε επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ φαίνεται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης τους σε θέματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η ανάγκη αυτή προκύπτει κυρίως από τα χαμηλά ποσοστά γνώσης της κατάλληλης μεθόδου για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα, όσο και των κριτηρίων επιλεξιμότητας των ατόμων του πληθυσμού στόχου για συμμετοχή στα οργανωμένα προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης.

Σημειώνεται ότι στη συλλογή του δείγματος της παρούσης μελέτης συναντήθηκαν παρόμοια εμπόδια με αυτά που αναφέρονται σε άλλες αντίστοιχες έρευνες λειτουργιών υγείας σε διαφορετικές χώρες, όπως αναφέρεται στη σχετική βιβλιογραφία (Kota et al, 2022, Coughlin et al, 2022, Qutob et al, 2024).

Το μικρό μέγεθος του δείγματος είναι σαφέστατα ένας σημαντικός περιορισμός της παρούσας μελέτης, όπως επίσης περιορισμό αποτελεί και η συγχρονική φύση συλλογής των πληροφοριών μια και δεν μπορεί να αποτυπώσει διαχρονικές αντιλήψεις.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η εξοικείωση σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του πνεύμονα, τους παράγοντες κινδύνου, τις διαθέσιμες επιλογές έγκαιρης διάγνωσης και την ικανότητα επικοινωνίας και ενημέρωσης με τα άτομα υψηλού κινδύνου για τη νόσο, θα συνεισφέρει στην εφαρμογή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας και θα συμβάλλει στην μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας της νόσου.

Στο πλαίσιο αυτό προτείνονται σεμινάρια (διαδικτυακά ή δια ζώσης), ομάδες εργασίας ή συνέδρια μέσω των οποίων θα ενημερώνονται τακτικά οι επαγγελματίες υγείας.

Η διάθεση εργαλείων που βοηθούν την κλινική εκτίμηση των ασθενών, αλλά και του γενικού πληθυσμού ως προς την επιλεξιμότητα τους για προσυμπτωματικό

έλεγχο αποτελεί μια επικουρική υπηρεσία για τους λειτουργούς της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)*, που επιβάλλεται να λειτουργούν ως *Διεπιστημονική Ομάδα*.

Η ενίσχυση της συνεργασίας με άλλες ειδικότητες όπως οι πνευμονολόγοι, οι ακτινολόγοι και οι ογκολόγοι θα συμβάλλει περαιτέρω στην σωστή ταυτοποίηση για προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά και στην παρακολούθηση των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα.

Η διαμόρφωση ενημερωτικού υλικού προς το γενικό πληθυσμό σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, τις διαθέσιμες υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου και την περιγραφή της προτεινόμενης εξέτασης θα διευκολύνει το έργο των λειτουργών της ΠΦΥ στην ενημέρωση του κοινού αναφορικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες έγκαιρης διάγνωσης, με τα οφέλη και τα πιθανά ανεπιθύμητα αποτελέσματα, στην ταυτοποίηση ατόμων τα οποία βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα, στην ενημερωμένη απόφαση και στην δρομολόγηση τους για συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η αντιμετώπιση των εμποδίων που υπάρχουν προϋποθέτει διερεύνησή τους σε τοπικό επίπεδο υπηρεσιών ΠΦΥ προκειμένου να αντιμετωπιστούν αυτά επιτυχώς.

Για παράδειγμα στην περίπτωση όπου σε κάποια περιοχή δεν υπάρχει η τεχνική υποδομή για την εξέταση LDCT θα μπορούσε να συζητηθεί η επιλογή της τηλεϊατρικής και να γίνει στη συνέχεια παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο. Η διαμόρφωση, η λειτουργία και η χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό δίνουν τη δυνατότητα μέσα από καθοδήγηση των επαγγελματιών της ΠΦΥ, πλοήγησης στις διαθέσιμες υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του πνεύμονα σε επίπεδο κοινότητας.

Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να παρακολουθείται η λειτουργία των υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου και ως προς τη χρήση και την αποδοτικότητα για να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και αποτελεσματικά οι όποιες δυσκολίες εμφανίζονται.

Θα ήταν σκόπιμο η μελέτη αυτή να επεκταθεί σε μεγαλύτερο δείγμα επαγγελματιών υγείας στο νομό, αλλά και σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας προκειμένου να αποτυπωθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι γνώσεις, οι αντιλήψεις, τα εμπόδια και οι προοπτικές εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα στο πλαίσιο λειτουργίας της ΠΦΥ, ειδικά σε συνδυασμό με δράσεις προαγωγής υγείας.

Οι ενημερωμένοι λειτουργοί της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)* θα είναι σε θέση να οργανώσουν δράσεις ενημέρωσης και προαγωγής υγείας



προς την κοινότητα που εξυπηρετούν αυξάνονται έτσι την επίγνωση υγείας της τοπικής κοινότητας και να οδηγήσουν σε αύξηση της χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών πρόληψης.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Amicizia D., Piazza M.F., Marchini F., Astengo M., Grammatico F., Battaglini A., Schenone I., Sticchi C., Lavieri R., Di Silverio B., Andreoli G.B. and Ansaldi F.** (2023). Systematic Review of Lung Cancer Screening: Advancements and Strategies for Implementation. *Healthcare (Basel)*. **11**(14):2085.
2. **Baptiste Janelle V., Schwartzstein Richard M. and Thomson Carey C.** (2022). Lung Cancer Screening: Practical Aspects for Primary Care. *Springer*.
3. **Carter - Bawa L., Walsh L.E., Schofield E., Williamson T.J., Hamann H.A. and Ostroff J.S.** (2023). Lung Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns Among Primary and Pulmonary Care Clinicians. *Nurs Res*. **72**(1):3-11.
4. **Chudgar N.P., Bucciarelli P.R., Jeffries E.M., Rizk N.P., Park B.J., Adusumilli P.S. and Jones D.R.** (2015) Results of the national lung cancer screening trial: where are we now? *Thorac Surg Clin*. **25**(2):145-53.
5. **Coughlin J.M., Zang Y., Terranella S., Alex G., Karush J., Geissen N., Chmielewski G.W., Arndt A.T., Liptay M.J., Zimmermann L.J., Dowling L., Levitan A. and Seder C.W.** (2020). Understanding barriers to lung cancer screening in primary care. *J Thorac Dis*. **12**(5):2536-2544.
6. **Eckel S.P., Cockburn M., Shu Y. et al.** (2016). Air pollution affects lung cancer survival. *Thorax*. **71**:891-898.
7. **European Commission.** (2003). Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). *European Union*. Brussels.
8. **European Commission.** (2021). Lung cancer burden in the EU 27. *European Union*. Brussels.
9. **European Commission.** (2021). EU Tobacco Products Directive is delivering but stronger action is needed. *European Union*. Brussels.
10. **European Commission.** (2021). Europe's Cancer Beating Plan: A new approach to diagnosis, treatment and care. *European Union*. Brussels.
11. **Fidler - Benaoudia M. et al.** (2020). Lung cancer incidence in young women vs . young men: A systematic analysis in 40 countries. *International Journal of Cancer*. **147**:3(811-819).
12. **Hamra G.B., Guha N., Cohen A. et al.** (2014). Outdoor particulate matter exposure and lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Environmental health perspectives*. **122**:906-911.
13. **Kota K.J., Ji S., Bover - Manderski M.T., Delnevo C.D. and Steinberg M.B.** (2022). Lung Cancer Screening Knowledge and Perceived Barriers Among Physicians in the United States. *JTO Clin Res Rep*. **3**(7):100331.
14. **Leng J., Lei S.F., Lei L., Cortez J., Capua J., Lui F. and Gany F.** (2022). Primary Care Providers' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practice Related to Lung Cancer Screening in Five High-Risk Communities in New York City. *J Cancer Educ*. **37**(3):631-640.
15. **Loomis D., Huang W. and Chen G.** (2014). The International Agency for Research on Cancer (IARC) evaluation of the carcinogenicity of outdoor air pollution: focus on China. *Chin J Cancer*. **33**(4):189-196.
16. **OECD.** (2020). Addressing Challenges in Access to Oncology Medicines. *OECD Publishing*. Paris.
17. **OECD and European Union.** (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. *OECD Publishing*. Paris.

18. **Ponti A., Basu P., Ritchie D., Anttila A., Carvalho A.L., Senore C., Mallafre - Larrosa M., Piccinelli C., Ronco G., Soerjomataram I., Primic - Žakelj M., Dillner J., Elfström M.K., Lönnberg S., Vale D.B., Tomatis M., Armaroli P., Giordano L., Sankaranarayanan R. and Segnan N.** (2020). Key issues that need to be considered while revising the current annex of the European Council Recommendation (2003) on cancer screening. *Int J Cancer*. **147**(1):9-13.
19. **Poon C., Haderi A., Roediger A. and Yuan M.** (2022). Should we screen for lung cancer? A 10-country analysis identifying key decision-making factors. *Health Policy*. **126**(9):879-888.
20. **Qutob R., Almehaidib I., Alzahrani S. et al.** (2024). Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns of Lung Cancer Screening Among Physicians in Saudi Arabia. *Cureus*. **16**(1):e51842.
21. **Sarich P. et al.** (2022). Tobacco smoking changes during the first pre-vaccination phases of the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. **47**:101375.
22. **Souliotis K., Golna C., Golnas P., Markakis I.A., Linardou H., Sifaki - Pistolla D. and Hatziandreou E.** (2022). Lung Cancer Screening in Greece: A Modelling Study to Estimate the Impact on Lung Cancer Life Years. *Cancers (Basel)*. **14**(22):5484.
23. **U.S. Preventive Task Force.** (2021). Lung cancer: screening.
24. **Van Beek E.J., Mirsadraee S. and Murchison J.T.** (2015). Lung cancer screening: Computed tomography or chest radiographs? *World J Radiol*. **7**(8):189-193.
25. **Van Meerbeeck J.P., O'Dowd E., Ward B., Van Schil P. and Snoeckx A.** (2022). Lung Cancer Screening: New Perspective and Challenges in Europe. *Cancers (Basel)*. **14**(9):2343.
26. **Wait S., Alvarez - Rosete A., Osama T., Bancroft D., Cornelissen R., Marušić A., Garrido P., Adamek M., van Meerbeeck J., Snoeckx A., Leleu O., Hult E.H., Couraud S. and Baldwin D.R.** (2022). Implementing Lung Cancer Screening in Europe: Taking a Systems Approach. *JTO Clin Res Rep*. **3**(5):100329.

# PERCEPTIONS OF HEALTHCARE WORKERS FOR LUNG CANCER SCREENING PROGRAMS AND PUBLIC HEALTH PROMOTION ACTIVITIES IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS IN GREECE

*Konstantinos Papadopoulos, Christos Kontogiorgis, Evangelia Nena and T.C. Constantinidis*

Program of Postgraduate Studies Primary Health Care: Social Medicine and Pharmaceutical Care, School of Medicine, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* The aim of the present study was to identify the attitudes and the knowledge on the risk factors associated with lung cancer, the barriers of participation in lung cancer screening programs as well as the factors that affect their inclusion in public health prevention activities. A total of 49 questionnaires from employees in the regional hospital of Agios Nikolaos in Crete were collected during the month of January 2024. Over 50% of the respondents believe that lung X-ray is the indicated lung cancer screening method and Low Dose Computerized Tomography comes second. A small percentage (6%) said they did not know what the appropriate lung cancer screening test is. Over 8 in 10 respondents correctly believe that screening is associated with lung cancer early diagnosis. They also believe that those who smoke one cigarette pack per day should be invited to lung cancer screening (32.6%), 30.4% those who smoke for 30 years or longer, 32% of the respondents believe that the target age group for lung cancer screening is 45-75 years, 23.4% correctly believe 50-75 years and 25.5% 45-80 years. The reported major barriers to lung cancer screening are cost of the screening test, lack of knowledge of the healthcare professionals on the available screening choices, fear and stigma, lack of trained personnel and lack of specialized centers for lung cancer screening. The findings of this study are in accordance with other studies in primary healthcare professionals and show that there is need to educate them on lung cancer screening methodology and on the delivery of preventive public health interventions. The suggested actions include training sessions, partnerships with other professional specialties involved in lung cancer screening and the development of educational material addressing the general population with which the primary health care professionals will use to contribute to the increased use of the available lung cancer prevention and screening services.

# ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΓΙΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΜΕ COVID-19 ΤΩΝ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

*Ειρήνη Τσανίδου<sup>1,2</sup>, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης<sup>2</sup> και Αλεξάνδρα Τσαρούχα<sup>1</sup>*

1. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Βιοηθική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, 2. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ.

*Περίληψη:* Η каранτίνα και άλλες πρακτικές δημόσιας υγείας είναι αποτελεσματικοί και πολύτιμοι τρόποι για τον έλεγχο των κρουσμάτων μεταδοτικών ασθενειών και του δημόσιου άγχους, αλλά αυτές οι στρατηγικές συζητούνταν πάντα πολύ, εκλαμβάνονταν ως παρεμβατικές και συνοδεύονταν σε κάθε εποχή και σε όλα τα πολιτικά καθεστώτα από ένα υπόγειο ρεύμα καχυποψίας, δυσπιστίας και ταραχών. Αυτά τα στρατηγικά μέτρα έχουν εγείρει (και συνεχίζουν να εγείρουν) μια ποικιλία πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών ζητημάτων. Μπροστά σε μια δραματική κρίση υγείας, τα ατομικά δικαιώματα έχουν συχνά καταπατηθεί στο όνομα του δημόσιου αγαθού. Η εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη: το γενικό και το ερευνητικό μέρος. Το γενικό μέρος είναι αφιερωμένο στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των επιστημονικών δεδομένων αναφορικά με την ιστορική αναδρομή των μέτρων περιορισμού μολυσματικών νοσημάτων, την εννοια και την αποστολή της Δημόσιας Υγείας, την αξία της ως δημοσίου αγαθού, καθώς και στα μέτρα και παρεμβάσεις για την προστασία της. Επίσης, στο γενικό μέρος γίνεται ξεχωριστή μνεία στα ατομικά δικαιώματα σε αντιπαράθεση με καθήκοντα έναντι της ανθρώπινης κοινότητας και σε περιορισμό των ως άνω δικαιωμάτων με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον. Το ειδικό μέρος περιέχει αναφορά του σκοπού και της μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε στη υλοποίηση της έρευνας και τη διεξοδική περιγραφή των αποτελεσμάτων. Στη συζήτηση γίνεται ο σχολιασμός των σημαντικότερων αποτελεσμάτων και αναφέρονται τα κυριότερα συμπεράσματα.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η Δημόσια Υγεία είναι μια ευρεία έννοια, για την οποία, στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός. Επιπλέον, σχετικές έρευνες έχουν διαπιστώσει ένα σημαντικό κενό στην κατανόηση και τη

στάση του γενικού πληθυσμού αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία [1,2]. Εντούτοις, η σπουδαιότητα της Δημόσιας Υγείας αναγνωρίζεται ευρέως από την κοινωνία λόγω της πρακτικής της σημασίας. Ακόμη και κάποιος που δυσκολεύεται να προσδιορίσει τι είναι Δημόσια Υγεία μπορεί να αντιληφθεί τους διαφορετικούς παράγοντες από το φυσικό, τεχνητό και κοινωνικό μας περιβάλλον που επιδρούν θετικά ή δύνανται να απειλούν την υγεία των ανθρώπων. Ιδιαίτερη σημασία έχει το διαπιστευμένο από πληθώρα μελετών γεγονός, πως η προστασία της Δημόσιας Υγείας αναγνωρίζεται από το κοινωνικό σύνολο ως μια από τις βασικές αρμοδιότητες και ευθύνες του Κράτους [3].

#### *ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΤΡΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ*

##### *Αρχαίος κόσμος: Ελλάδα, Ρώμη, Ιουδαία*

Η πρακτική της εφαρμογής υποχρεωτικών υγειονομικών μέτρων για την προστασία της υγείας του πληθυσμού φαίνεται να υπάρχει από τις απαρχές των οργανωμένων ανθρώπινων κοινωνιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι για χιλιετίες δεν υπήρχε να αποτελεσματική θεραπεία για μολυσματικές ασθένειες και ο μόνος τρόπος να παραμείνει κανείς ασφαλής ήταν να αποφύγει την επαφή με νοσούντες και με μολυσμένα αντικείμενα [4]. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αρχαίες Ελληνικές και Ρωμαϊκές πόλεις ασκούσαν κάποια μορφή καραντίνας. Η απομόνωση των ατόμων με μεταδοτικές ασθένειες προέκυψε, αρχικά ως απάντηση, στην εξάπλωση της λέπρας. Συγκεκριμένα, στην Παλαιά Διαθήκη περιγράφονται κανόνες για την απομόνωση των λεπρών, όπως και η ακούσια απομόνωση των πασχόντων καθώς κι άλλα υγειονομικά μέτρα που εφαρμόζαν οι αρχαίοι Ισραηλίτες σε περιπτώσεις εμφάνισης διφθερίτιδας ή άλλων μολυσματικών νοσημάτων. Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι ενώ οι Αρχαίοι λαοί δεν είχαν γνώση για την αιτία εμφάνισης των μολυσματικών νόσων, ωστόσο κατανοούσαν τη συσχέτιση της μετάδοσης αυτών με τις μετακινήσεις ανθρώπων, όπως και την ανάγκη επιβολής των σχετικών υγειονομικών μέτρων προς αποφυγή των επιδημιών [5].

##### *1.2.2. Υγειονομική διαχείριση επιδημιών πανώλης: Βυζάντιο, Δυτική Ευρώπη*

Ένας από τους πρώτους νόμους, για την απομόνωση ταξιδιωτών που προερχόταν από τις περιοχές με επιδημία πανώλης, θεσπίστηκε από τον Βυζαντινό αυτοκράτορα Ιουστινιανό το έτος 549 μ.Χ. στη διάρκεια του πρώτου κύματος της νόσου αυτής. Παρόμοια μέτρα απευθυνόμενα σε ναυτικούς και ταξιδιώτες εφαρμόζονταν στην Κίνα του 7ου αιώνα και σε άλλες περιοχές της Ασίας, όπως και στη Μεσαιωνική Ευρώπη. Οκτακόσια χρόνια μετά, το 1347, ξέσπασε ο Μαύρος Θάνατος, που σε τρία χρόνια σάρωσε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ήπειρο.

Σηματοδότησε την αρχή του δεύτερου κύματος πανδημιών πανώλης και αποτέλεσε μια από τις μεγαλύτερες καταστροφές στην ανθρώπινη ιστορία, που σύμφωνα με τους επιστήμονες στοίχισε ζωή σε 25 εκ. ανθρώπους [6].

Η κύρια μέθοδος καταπολέμησης της πανώλης ήταν η απομόνωση επιβεβαιωμένων ή ύποπτων κρουσμάτων, καθώς και ατόμων που είχαν έρθει σε επαφή μαζί τους. Η περίοδος απομόνωσης αρχικά ήταν περίπου 14 ημέρες και σταδιακά αυξήθηκε σε 40 ημέρες. Αν και η επιχειρηματολογία, για περίοδο απομόνωσης 40 ημερών δεν βασιζόταν σε επιστημονική τεκμηρίωση αλλά φαινόταν περισσότερο να σχετίζεται με θρησκευτικό συμβολισμό, η απομόνωση των πασχόντων με μεταδοτικές ασθένειες άρχισε να εφαρμόζεται σε όλη τη μεσαιωνική Ευρώπη [7]. Το πρώτο επίσημο σύστημα καραντίνας καθιέρωσε η Βενετία με την έλευση του Μαύρου Θανάτου το 1347, απαιτώντας από τα πλοία που ελλιμενίζονταν στα λιμάνια της τηρούν 40 ημέρες υποχρεωτικής απομόνωσης. Η βενετική διοίκηση έχει ιδρύσει λοιμοκαθαρήρια και στις βενετοκρατούμενες περιοχές του ελλαδικού χώρου. Επίσης σημαντικές προσπάθειες των Βενετών για βελτίωση των συνθηκών υγιεινής σχετίζονταν με διατήρηση αποθεμάτων καθαρού νερού, τη διάθεση απορριμμάτων και λυμάτων και την επιθεώρηση τροφίμων [8]. Το βενετικό σύστημα έγινε πρότυπο για άλλες ευρωπαϊκές χώρες: το 1467 το υιοθέτησε η Γένοβα και το 1476 η Γαλλία [9].

#### *Πρόληψη εξάπλωσης μολυσματικών νόσων στην περίοδο της Αναγέννησης*

Η ανάπτυξη του διεθνούς εμπορίου και των ταξιδιών κατά την Αναγέννηση και τους επόμενους τρεις αιώνες συνέβαλαν στην εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών σε όλο τον κόσμο. Έτσι, η καραντίνα αποτέλεσε το θεμέλιο μιας συντονισμένης στρατηγικής ελέγχου των νόσων που περιλάμβανε διάφορα μέτρα όπως απομόνωση, υγειονομικούς κλοιούς, απολύμανση (υποκαπνισμός) και απολύμανση των πλοίων. Οι καραντίνες και οι υγειονομικοί κλοιοί (με τη συνδρομή ένοπλων φρουρών), για την αποτροπή εισόδου των νοσούντων, εφαρμόζονταν στη Γερμανία, τη Γαλλία, τη Βρετανία, τη Ρωσία και άλλα ευρωπαϊκά και ασιατικά έθνη από τον 14ο έως τον 19ο αιώνα. Η εφαρμογή αυτών των υγειονομικών μέτρων απαιτούσε οι αρχές να έχουν γρήγορα αντανakλαστικά και συμπεριλάμβανε τη συμμετοχή κατασταλατικών αστυνομικών δυνάμεων [10].

#### *18ος - 19ος αιώνας. Αναχαίτιση επιδημιών χολέρας*

Το 18ο αιώνα, η εμφάνιση του κίτρινου πυρετού στη Μεσόγειο ανάγκασε τις κυβερνήσεις να εφαρμόσουν κανόνες καραντίνας κατά την είσοδο στα λιμάνια τους [11]. Αλλά τον 19ο αιώνα, εμφανίσθηκε η χολέρα, μια ακόμη πιο τρομακτική

νόσος, η οποία εξαπλώθηκε ταχύτατα λόγω της μείωσης του χρόνου ταξιδιού με τα ατμόπλοια και το σιδηρόδρομο [12].

Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος επιδημιών χολέρας, οι στρατηγικές που υιοθέτησαν οι υγειονομικές αρχές ήταν ουσιαστικά αυτές που είχαν χρησιμοποιηθεί τους προηγούμενους αιώνες, για τον περιορισμό της διάδοσης της πανώλης. Στα ευρωπαϊκά λιμάνια, απαγορεύτηκε η είσοδος σε πλοία που έφθαναν από περιοχές όπου υπήρχε χολέρα. Στις πόλεις, οι αρχές υιοθέτησαν παραδοσιακά υγειονομικά μέτρα και συγκεκριμένα οι ταξιδιώτες που είχαν επαφή με μολυσμένα άτομα ή που προέρχονταν από περιοχές όπου υπήρχε χολέρα τίθενταν σε καραντίνα και οι νοσούντες υποβαλλόταν σε αναγκαστική νοσηλεία σε λαζαρέτα. Στην επιβολή των μέτρων αυτών συνέδραμαν κατασταλτικές δυνάμεις, και οι ενέργειές τους προκάλεσαν εκτεταμένο φόβο και δυσaráσκεια.

### *Πανδημία της Ισπανικής γρίπης (1918-19)*

Αργότερα, το 1918, η «μητέρα των πανδημιών» γνωστή ως πανδημία «ισπανικής γρίπης» εμφανίσθηκε σε τρία διαφορετικά κύματα, με το δεύτερο να είναι το πιο θανατηφόρο. Αν και η επιστήμη των πανδημιών δεν ήταν πλήρως κατανοητή εκείνη την εποχή, οι υγειονομικές αρχές γνώριζαν ότι η απομόνωση ήταν σημαντική για την πρόληψη εξάπλωσης της μόλυνσης. Το κλείσιμο των σχολείων, οι απαγορεύσεις συγκεντρώσεων και τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης περιόρισαν την καμπύλη του θανάτου κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας. Συμπερασματικά στο πέρασμα των αιώνων, από την εποχή του Μαύρου Θανάτου έως τις πρώτες πανδημίες του 21ου αιώνα, τα περιοριστικά μέτρα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας κυρίως περιλάμβαναν ένα τρόπο για την αποτροπή της μετάδοσης των μολυσματικών νόσων: τον περιορισμό των επαφών. Ελλείπει αποτελεσματικής φαρμακευτικής αγωγής, αυτό το μέτρο συνέβαλε στην αποφυγή πανικού, καθυστέρηση της εξάπλωσης ασθενειών και στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής [13].

### *Διαχείριση της Πανδημίας COVID-19*

Τον Δεκέμβριο του 2019, ο ιός COVID-19 εμφανίσθηκε στο Wuhan, στην επαρχία Hubei, στην Κίνα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ασθένεια COVID-19 είναι ένας κοινός εχθρός της ανθρωπότητας και αποτελεί έκτακτη ανάγκη για τη Δημόσια Υγεία. Αυτός ο διεθνής οργανισμός συμβούλευσε τις κυβερνήσεις να εξετάσουν και να εφαρμόσουν κατάλληλες πολιτικές, ώστε να σταματήσουν τον κύκλο μετάδοσης του ιού. Από αυτή την άποψη, οι χώρες υιοθέτησαν διάφορες προσεγγίσεις για να διακόψουν την αλυσίδα μετάδοσης ή να ελέγξουν την εξάπλωση της νόσου [14,15]. Όπως αναφέρεται στο σχετικό άρθρο του *Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης* (ΟΟΣΑ), η αρχή της πανδημίας COVID-19 σηματοδοτήθηκε από



την έλλειψη αποτελεσματικών φαρμάκων και εμβολίων και οι μόνες διαθέσιμες παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας ήταν τα μέτρα περιορισμού και μέτρα μετριασμού της εξάπλωσης της νόσου [16]. Συγκεκριμένα:

- Οι στρατηγικές περιορισμού στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου μετάδοσης από μολυσμένα σε μη μολυσμένα άτομα προκειμένου να σταματήσει το ξέσπασμα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ενέργειες για την έγκαιρη ανίχνευση κρουσμάτων και τον εντοπισμό των επαφών ενός μολυσμένου ατόμου ή τον κατ' οίκον περιορισμό των νοσοούντων ατόμων.

- Οι στρατηγικές μετριασμού στοχεύουν στην επιβράδυνση του ρυθμού μετάδοσης της νόσου και κατά συνέπεια στη μείωση της αιχμής ως προς τη ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πολιτικές ενέργειες όπως η κοινωνική απόσταση, συμπεριλαμβανομένου ενός πλήρους κοινωνικού «κλειδώματος» και βελτιωμένης προσωπικής και περιβαλλοντικής υγιεινής.

Στοιχεία από το Hubei (Κίνα) απέδειξαν ότι η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου πακέτου πολιτικών περιορισμού και μετριασμού μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμα αποτελεσματική για την καταστολή της επιδημίας, αλλά δεν είναι σαφές εάν το αποτέλεσμα μπορεί να διαρκέσει μακροπρόθεσμα [16].

Εάν η επιδημία δεν εξαλειφθεί εγκαίρως, μια επιλογή θα ήταν η διατήρηση τέτοιων πολιτικών μέχρι να διατεθεί ένα εμβόλιο ή μια αποτελεσματική θεραπεία. Διαφορετικά, ο αριθμός των μολυσμένων θα άρχιζε να αυξάνεται ξανά μετά τη χαλάρωση των μέτρων. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες των ισχυρών πολιτικών κοινωνικής αποστασιοποίησης, μια εναλλακτική λύση αποτελεί η εναλλαγή των περιόδων κατά τις οποίες εφαρμόζονται μέτρα περιορισμού, με περιόδους κατά τις οποίες ορισμένα από αυτά τα μέτρα χαλαρώνουν. Χωρίς ισχυρά μέτρα περιορισμού και μετριασμού, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τον υψηλό αριθμό ασθενών. Περίπου ένα στα πέντε μολυσμένα άτομα είχε εμφανίσει σοβαρά συμπτώματα που πιθανώς χρήζουν εντατικής θεραπείας [17]. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που προκαλεί ο COVID-19 είναι η υπερφόρτωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως ο ανεπαρκής αριθμός αναπνευστήρων και κλινών στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Απαιτούνται αυστηρά μέτρα περιορισμού και μετριασμού για τη μείωση της αιχμής των κρουσμάτων COVID-19 και, κατά συνέπεια, τη μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο της τεράστιας πίεσης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης [18].

## **ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ένας από τους πιο συχνά αναφερόμενους ορισμούς της Δημόσιας Υγείας ανήκει στον Winslow C.E.A., Καθηγητή Δημόσιας Υγείας στην Ιατρική Σχολή του

Yale των Ηνωμένων Πολιτειών [1]. Ο κλασικός πλέον αυτός ορισμός διατυπώθηκε το 1920, όμως 100 χρόνια μετά εξακολουθεί να παραμένει επίκαιρος: «Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρώιμη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του» [19].

Στη χώρα μας ο ορισμός της Δημόσιας Υγείας δόθηκε για πρώτη φορά με το αρ. 1 παρ. 1 του Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας», ως εξής: «Δημόσια Υγεία είναι το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας, που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού» [20].

Στη συνέχεια με τις διατάξεις του Ν. 3370/2005 - ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005 έχει υιοθετηθεί ένας ευρύτερος ορισμός «Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής... Η Δημόσια Υγεία είναι, πρωτίστως, άσκηση δημόσιας πολιτικής και γίνεται με την ευθύνη του κράτους» [21].

Επιπλέον, με το άρθρο 4 του Ν. 3370/2005 ορίζεται πως: «Η Δημόσια Υγεία ασκείται από την κεντρική και την περιφερειακή διοίκηση, την αυτοδιοίκηση, τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, στην κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και, γενικά, σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας. Οι παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας» [21].

Αναλύοντας τον όρο «Δημόσια Υγεία», παρατηρεί κανείς ότι αυτός αποτελείται από δύο λέξεις «υγεία» και «δημόσια». Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας συνιστά ένα πολύπλοκο και αντικρουόμενο ζήτημα [22]. Το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», με τη διατύπωση αυτή να έχει δεχθεί κριτική ως υπερβολικά ουτοπιστική [23]. Ο *Parsons* το 1979 έχει προτείνει έναν λειτουργικό ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο Υγεία θεωρείται η «ικανότητα του κάθε ατόμου να ανταποκρίνεται με τη συμμετοχή του στους κοινωνικούς του ρόλους» [24], ενώ

κατά τον *Kelman* (1975) η Υγεία νοείται στο τι άποψη έχει το ίδιο το άτομο για την Υγεία του και κατά πόσο θεωρεί τον εαυτό του υγιή ή μη υγιή (βιωματικός ορισμός) [25].

Η διάσταση της έννοιας «δημόσια» στη «Δημόσια Υγεία» διερευνήθηκε εκτενώς από τους *Marcel Verweij* και *Angus Dawson*, οι οποίοι ανέλυσαν τους πιο σημαντικούς και ευρέως αναγνωρισμένους ορισμούς της Δημόσιας Υγείας [26], ξεκινώντας από εκείνο που ανήκει στον *Winslow* [19]. Οι *Verweij* και *Dawson* συμπεραίνουν ότι ο χαρακτηρισμός της Υγείας ως «δημόσιας» μπορεί να ερμηνευθεί διπλά. Πρώτον, ότι πρόκειται για την υγεία μιας ομάδας ανθρώπων και όχι ενός ατόμου, είτε πρόκειται για κοινότητα, είτε για ολόκληρο τον πληθυσμό. Δεύτερο, ότι αυτό αναφέρεται στις συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται από το Κράτος ή την ευρύτερη κοινωνία [3, 26].

### ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αποστολή της Δημόσιας Υγείας με το πέρασμα του χρόνου έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές [27]. Ο *Winslow* διατείνεται ότι η Δημόσια Υγεία έχει να κάνει με την «πρόληψη ασθενειών», την «παράταση της ζωής» και την «προαγωγή της σωματικής υγείας», τα οποία δύναται να επιτευχθούν μέσω «οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας» [19]. Επίσης, προτείνει ένα πλαίσιο δράσεων με τη συμμετοχή επαγγελματικού δυναμικού, αλλά και ευρύτερων συλλογικών μέτρων για τη εξασφάλιση της Δημόσιας Υγείας, όπως οι «ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες», αλλά και την «ανάπτυξη κοινωνικού μηχανισμού» που θα εγγυάται σε όλους «ένα βιοτικό επίπεδο επαρκές για τη διατήρηση της υγείας». Αυτό που μπορεί επίσης να παρατηρήσουμε σχετικά με τον ορισμό του *Winslow* είναι η έμφαση που δίνει στην υγιεινή, τον έλεγχο των λοιμώξεων της κοινότητας και την εκπαίδευση σχετικά με την προσωπική υγιεινή. Αξιοσημείωτο είναι πως ο *Winslow* δίνει έμφαση στην υγιεινή και τον έλεγχο των λοιμώξεων στην κοινότητα, όπως και στην εκπαίδευση, σχετικά με την ατομική υγιεινή. Η στάση του αντικατοπτρίζει τις προκλήσεις που αντιμετώπιζε η Δημόσια Υγεία εκείνη την εποχή, ωστόσο, μετά από σχεδόν έναν αιώνα, αυτές δεν είναι πλέον τόσο επίκαιρες.

Το 1988, ο Chief Medical Officer, *Donald Acheson* όρισε τη Δημόσια Υγεία ως «την επιστήμη και την τέχνη της πρόληψης ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας» [28]. Γίνεται αντιληπτό ότι ο *Acheson* στη διατύπωσή του διατηρεί τους βασικούς σκοπούς της Δημόσιας Υγείας, όπως τους διατύπωσε ο *Winslow* σχεδόν 70 χρόνια πριν από αυτόν. Ωστόσο, ο *Acheson* διαφοροποιείται από τον *Winslow*, αναφορικά με τους τρόπους διασφάλισης και διαφύλαξης της υγείας του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, τονίζει ότι στο παρελθόν η έννοια της Δημόσιας Υγείας, κατά κανόνα, είχε πολύ στενή ερμηνεία και η αποστολή της είχε συσχετιστεί κυρίως με την

υγιεινή, υγειονομική ασφάλεια και τον περιορισμό των λοιμωδών ασθενειών. Συμπεραίνει πως η παραπάνω προσέγγιση είναι λανθασμένη, καθώς η Δημόσια Υγεία μπορεί, εν μέρει, να οριστεί από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει. Παρόλα αυτά δέχεται ότι ο υγιεινός τρόπος ζωής και η προστασία του περιβάλλοντος παίζουν εξίσου μεγάλο ρόλο στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του κοινωνικού συνόλου [28].

Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι το περιεχόμενο και η αποστολή της Δημόσιας Υγείας εξελίσσονται ανάλογα με την κατανόησή μας για την πραγματικότητα και τα διαθέσιμα για σχετική παρέμβαση μέσα [29]. Επιπλέον πιστεύεται ότι, λόγω της συνεχώς μεταβαλλόμενης φύσης της Δημόσιας Υγείας, υπάρχει ανάγκη για τακτική επαναξιολόγηση και ενημέρωση του ορισμού της [30].

### *ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*

Η Δημόσια Υγεία είναι ένας ευρύς όρος που αφορά όλες τις σχετικές οντότητες και το έργο τους για τη διαφύλαξη και βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού. Η Δημόσια Υγεία είναι ένας διεπιστημονικός τομέας που περιλαμβάνει πληθώρα επαγγελματιών και συγκεκριμένα: Ιατρούς Δημόσιας Υγείας, Επόπτες Δημόσιας Υγείας, Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας και Περιβάλλοντος, Ιατρούς Λοιμωξιολόγους, Ιατρούς Επιδημιολόγους, Νοσηλευτές Διαιτολόγους - Διατροφολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς κ.ά. [31].

Η Δημόσια Υγεία εστιάζει στη βελτίωση της συνολικής υγείας του πληθυσμού, προάγοντας την ατομική υγεία των πολιτών με διάφορα μέσα, όπως η πρόληψη και ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η έγκαιρη θεραπεία ασθενειών. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με σκοπό την ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού σχετικά με συνήθειες που προκαλούν σοβαρές συνέπειες στην υγεία, όπως π.χ. το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η φυσική αδράνεια. Ένας ακόμη σημαντικός τομέας της Δημόσιας Υγείας είναι η Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας [32], που ασχολείται με την «προστασία και ασφάλεια της υγείας και της ευημερίας των ανθρώπων στο εργασιακό τους περιβάλλον, μέσω της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας, της μείωσης των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών» [33].

Οι αρμοδιότητες του τομέα Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνουν επίσης τον έλεγχο ασφάλειας τροφίμων, την προστασία της ποιότητας του περιβάλλοντος (αέρας, νερό, ηχορύπανση), τη λήψη μέτρων υγιεινής, την κλιματική αλλαγή, την ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγείας, την ψυχική υγεία, τον τραυματισμό και τη βία, τη φυσική άσκηση, τη διατροφή, παχυσαρκία και εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού.

Εκτός από τους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία (κάπνισμα, άγχος κλπ), τη σύγχρονη Δημόσια Υγεία απασχολούν και νέα φαινόμενα που

σχετίζονται με την κλιματική αλλαγή και ειδικότερα η υπερθέρμανση της ατμόσφαιρας, η άνοδος της στάθμης της θάλασσας, η απώλεια παγετώνων και η ραγδαία οξίνιση των ωκεάνιων συστημάτων. Αυτά τα φαινόμενα οδηγούν στην εμφάνιση ακραίων καιρικών φαινομένων όπως καταιγίδες, πλημμύρες, ξηρασίες, καύσωνες, πυρκαγιές και πολλά άλλα [34], που αποτελούν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, καθώς δυνητικά απειλούν την υγεία ολόκληρης κοινωνίας (public health emergencies) [26]. Πιο συγκεκριμένα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα Δημόσιας Υγείας και στις δημόσιες παροχές όπως ύδρευση, τρόφιμα, στέγαση και αποχέτευση [35]. *Καταστάσεις Έκτακτης Ανάγκης Δημόσιας Υγείας* (Public Health Emergencies - PHE) μπορεί επίσης να είναι ανθρωπογενούς φύσης (π.χ. ένοπλες συγκρούσεις, αναγκαστικές μεταναστεύσεις και πανδημίες) [36]. Αξίζει να σημειωθεί ότι βαρύνουσα σημασία έχει το γεγονός ότι καταστροφικά γεγονότα όπως πανδημίες, φυσικές καταστροφές και εμφάνιση (ή επανεμφάνιση) μολυσματικών ασθενειών δύναται να απειλούν πολλές χώρες ταυτόχρονα. Το πιο αξιοσημείωτο παράδειγμα είναι η παγκόσμια πανδημία COVID-19 [37].

Τα τελευταία εκατό χρόνια, αρκετές μεγάλες επιδημίες και πανδημίες έχουν πλήξει την ανθρωπότητα. Πρόσφατα η παγκόσμια κοινότητα κλήθηκε να αντιμετωπίσει το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο τύπου 2, γνωστό με το διεθνές ακρωνύμιο SARS-CoV-2, που προκαλεί τη νόσο του COVID-19. Από τον Δεκέμβριο του 2019, όταν εμφανίσθηκαν τα πρώτα κρούσματα COVID-19 στη Γουχάν της Κίνας, αυτή η νέα μολυσματική ασθένεια έχει πλήξει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Στις 11 Μαρτίου 2020, ο Π.Ο.Υ επίσημα ανακοίνωσε ότι η έξαρση του COVID-19 αποτελεί πανδημία. Η πανδημία του COVID-19, έχει διαταράξει τη ομαλή ζωή σε όλο τον πλανήτη, επηρεάζοντας σχεδόν όλους τους τομείς της κοινωνίας [1].

## **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η Δημόσια Υγεία στοχεύει στην προαγωγή και προστασία της υγείας του πληθυσμού και στην πρόληψη νοσημάτων. Συγκεκριμένα, η πρόληψη νοσημάτων αφορά στον εντοπισμό και αξιολόγηση των κινδύνων για την υγεία, όπως και στην ανάπτυξη και εφαρμογή των παρεμβάσεων στον συγκεκριμένο πληθυσμό με στόχο τη μείωση της έκθεσής του στο νοσογόνο παράγοντα, τον περιορισμό της έναρξης και εξάπλωσης της νόσου [38]. Τα μέτρα περιορισμού και μετριασμού διαφέρουν ανάλογα με το είδος της μόλυνσης που εξαπλώνεται και τη διαθεσιμότητα των ιατρικών θεραπειών και εμβολίων. Σε μια γνωστή ασθένεια, είναι ευκολότερο να σταματήσει μια εστία.

Τα εργαλεία περιορισμού περιλαμβάνουν εμβολιασμούς, εντοπισμό επαφών και καραντίνες. Σε μια ασθένεια χωρίς επιλογή ιατρικής θεραπείας, οι λειτουργοί της δημόσιας υγείας πρέπει να βρουν μη φαρμακευτικές μεθόδους για τη μείωση των

συνεπειών της επιδημίας. Αυτά τα μέτρα μπορεί να περιλαμβάνουν προσπάθειες μετριασμού, όπως καραντίνα, κοινωνική αποστασιοποίηση και απαγόρευση συγκεντρώσεων μεγάλου αριθμού ανθρώπων.

Επιπλέον, τα μέτρα Δημόσιας Υγείας, στην περίπτωση μολυσματικών ασθενειών, στοχεύουν στον εντοπισμό του παθογόνου παράγοντα και των απόμων που εκτίθενται σε αυτόν, στην παρακολούθηση της εξάπλωσης της ασθένειας και στη διάσπαση της αλυσίδας περαιτέρω μετάδοσής της στην κοινότητα [39]. Η συνεχής επιτήρηση είναι θεμελιώδους σημασίας για την κατανόηση της μετάδοσης των μολυσματικών νοσημάτων και για την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Επίσης, για να περιοριστεί η μετάδοση της νόσου, είναι εξίσου σημαντική η ανίχνευση επαφών, τόσο για τον εντοπισμό των εκτεθέντων, όσο και για τον προσδιορισμό των πηγών μόλυνσης [40].

Με την έναρξη εκδήλωσης κρουσμάτων, τόσο στους ίδιους, όσο και στις επαφές τους, δύναται να επιβληθεί η κατ' οίκον απομόνωση (καραντίνα) με σκοπό την παρεμπόδιση της συναναστροφής τους με άτομα που δεν έχουν εκτεθεί. Επίσης, τα συστήματα επιτήρησης χρησιμοποιούν και εργαστηριακά μέσα ώστε, μέσω της πραγματοποίησης διαγνωστικών δοκιμασιών, να επιβεβαιώσουν ή να αποκλείσουν την νόσο ή εργαστηριακές αναλύσεις ελέγχου τροφίμων και νερού για τη διαπίστωση της παρουσίας ή απουσίας του νοσογόνου παράγοντα [41]. Επίσης, στις παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας συμπεριλαμβάνονται και λοιπά κοινωνικά μέτρα, όπως η χρήση μάσκας, περιορισμός συγκεντρώσεων και το κλείσιμο σχολείων ή χώρων εργασίας, καθώς και τα λεγόμενα «τιμωρητικά» μέτρα. Στα τελευταία περιλαμβάνονται π.χ. πρόστιμο ή φυλάκιση για μη συμμόρφωση με τα μέτρα περιορισμού της εξάπλωσης της νόσου [42].

Είναι σημαντικό να έχει κανείς υπόψη του ότι οι παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας σχεδιάζονται με γνώμονα την τρέχουσα γεωπολιτική κατάσταση και λαμβάνονται σε συνδυασμό με άλλες παγκόσμιες και εγχώριες πολιτικές αποφάσεις [43]. Εξίσου σημαντικό είναι οι παρεμβάσεις της Δημόσιας Υγείας για την αντιμετώπιση ενός αναδυόμενου κίνδυνου να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται πάντα με σεβασμό στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων [44, 45].

### *ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΝΟΜΗ ΤΑΞΗ*

Στην ελληνική έννομη τάξη η κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία περιέχεται στα άρθρα 5 παρ.5, 7 παρ.2 και 21 παρ. 3 του ισχύοντος Συντάγματος. Ο συνταγματικός νομοθέτης θεωρεί επιβεβλημένη την προστασία της υγείας καθώς αυτή ανήκει στα κοινωνικά αγαθά και ορίζει ότι: «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας...» (άρθρο 5, παρ. 5 του Συντάγματος) και το κυριότερο, «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...» (άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος) [46]. Επιπλέον, το Συμβούλιο της Επικρατείας αποφάνθηκε με την ΣτΕ 400/86 απόφασή του πως (άρθρο 21 παράγραφος 3) «ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος

υποχρέωση του κράτους για την λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσής της» [47]. Ωστόσο, θεωρείται αποδεκτό ότι το Κράτος δεν δεσμεύεται άμεσα από τις παραπάνω επιταγές του Συντάγματος και η πρακτική εφαρμογή του παραπάνω δικαιώματος θα πρέπει να καθοριστεί από το σκεπτικό του νομοθέτη και της επιλογές της Δημόσιας Διοίκησης [48].

Το Κράτος νομιμοποιείται να εφαρμόζει υγειονομικά μέτρα και κυρώσεις για λόγους προστασίας της Δημόσιας Υγείας ή λοιπούς λόγους που εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον. Νομοθετικές εξουσιοδοτήσεις για τις παρεμβάσεις με σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας παρέχονται με τις παρακάτω διατάξεις: «Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εκδίδει υγειονομικές διατάξεις με άμεσα εκτελεστό χαρακτήρα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας για θέματα που αφορούν στην υγιεινή και καθαριότητα καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, νοσοκομείων, ιδιωτικών κλινικών και εν γένει νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και για την αντιμετώπιση κινδύνου προερχόμενου από μεταδοτικά νοσήματα ή μικροβιολογικές μολύνσεις.» (Ν. 4025/11, Άρθρο 43, Έκδοση υγειονομικών διατάξεων») [49].

«Τα δια υγειονομικών διατάξεων επιβαλλόμενα μέτρα θέλουσι αποβλέπει ...την εν γένει λήψιν πάντων τών μέτρων προς πρόληψιν και καταπολέμησιν επιδημικών νόσων και προστασίαν της Δημόσιας Υγείας» (άρθρο 1 του Α.Ν. 2520/40 (ΦΕΚ/Α/273) Περί υγειονομικών διατάξεων) [50].

Τέλος, σύμφωνα με την άποψη ελλήνων συνταγματολόγων, σε περίπτωση που απειλούνται η Δημόσια Υγεία και Ασφάλεια, υφίσταται συνταγματική επιταγή για τη λήψη αυστηρών υγειονομικών μέτρων, μεταξύ των οποίων, σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ. 3 του Συντάγματος και του εκδοθέντα βάσει αυτού Ν. 4325/2015, δύναται να επιταχθεί η περιουσία των πολιτών για τη «θεραπεία άμεσης κοινωνικής ανάγκης που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη δημόσια τάξη ή υγεία» [51]. Επίσης, στην περίπτωση εμφάνισης μεταδιδόμενου νοσήματος, που δύναται να απειλήσει τη Δημόσια Υγεία, η επιβολή σχετικών περιοριστικών μέτρων από την Πολιτεία θεωρείται νομικά και ηθικά έγκυρη [52]. Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με το άρθρο 25 του Συντάγματος, οποιοδήποτε περιορισμοί που πρόκειται να επιβληθούν στα ατομικά δικαιώματα πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα, είτε από το σχετικό νόμο, και πρέπει να τηρούν την αρχή της αναλογικότητας [46].

## **ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ**

### **ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με την ευρέως επικρατούσα άποψη, η υγεία δεν αποτελεί δημόσιο αγαθό, καθώς τα οικονομικά αδύναμα άτομα που δεν έχουν οικονομική

δυνατότητα να πληρώσουν (για ασφάλιση υγείας, υγιεινή διατροφή κ.λπ.) ενδέχεται να μην είναι σε θέση να εξασφαλίσουν καλή κατάσταση της υγείας [53]. Στις 12 Δεκεμβρίου του 2012 η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ ενέκρινε ένα ψήφισμα που ενθαρρύνει τις χώρες να επιταχύνουν την πρόοδο προς την *καθολική κάλυψη υγείας* (Universal Health Coverage - UHC) με απώτερο σκοπό κάθε άτομο σε κάθε σημείο του πλανήτη να έχει πρόσβαση σε ποιοτική και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη. Στη συνέχεια το 2017, τα Ηνωμένα Έθνη όρισαν την 12η Δεκεμβρίου ως *Διεθνή Ημέρα Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης* [54].

Πιστεύεται ότι οι προσπάθειες εισαγωγής της καθολικής υγειονομικής κάλυψης σε όλες τις χώρες και η υιοθέτηση συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης θα δώσει τη δυνατότητα σε όλους τους πολίτες να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από το αν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά ή όχι. Με τη σειρά της, η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης θα καταστήσει τις υπηρεσίες υγείας μη αποκλειστικές και μη ανταγωνιστικές, φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη πιο κοντά στο να αποκτήσει χαρακτηριστικά δημόσιου αγαθού [55, 56].

Όσον αφορά τη Δημόσια Υγεία, αυτή αποτελεί ένα αυθεντικό παράδειγμα δημόσιου αγαθού, καθώς η διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού είναι ζωτικής σημασίας για την κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας. Συγκεκριμένα, οι επιστήμονες τονίζουν ότι η υγεία δεν είναι προσωπική υπόθεση, αλλά αποτελεί έναν από τους οικονομικούς πόρους της κοινωνίας, καθώς επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας και την ανάπτυξη της οικονομίας και της κοινωνικής ζωής. Σε μια χώρα όπου η ποιότητα της Δημόσιας Υγείας είναι υψηλή, οι πολίτες της είναι πιθανό να έχουν καλό επίπεδο υγείας και υψηλές επιδόσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους [57, 58].

Για να κατανοήσουμε την ουσία της Δημόσιας Υγείας ως δημόσιου αγαθού, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ δύο ουσιαστικά αντίθετων τύπων οικονομικών αγαθών – αμιγώς ιδιωτικών και αμιγώς δημόσιων αγαθών. Ένα αμιγώς ιδιωτικό αγαθό καταναλώνεται ατομικά (καθώς μπορεί να επιμεριστεί) και δεν παράγει «εξωτερικά» οφέλη, με την έννοια ότι δεν ωφελεί άλλα άτομα, αλλά μόνο αυτόν που το απέκτησε καταβάλλοντας το σχετικό αντίτιμο. Επομένως, δημιουργείται ανταγωνισμός μεταξύ εκείνων που θέλουν να χρησιμοποιήσουν αυτό το όφελος. Έτσι, ένα αμιγώς ιδιωτικό αγαθό χαρακτηρίζεται από αποκλειστικότητα και ανταγωνιστικότητα [59].

Από την άλλη ένα καθαρό δημόσιο αγαθό χαρακτηρίζεται από το αδιαίρετο και την δυνατότητα χρήσης του από κοινού με άλλα άτομα. Ταυτόχρονα, η πρόσβαση στη χρήση ενός αμιγούς δημόσιου αγαθού είναι δωρεάν, καθώς αφενός παράγεται και διατίθεται από το Κράτος, αφετέρου τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει δυνατότητα για αποκλεισμό κάποιου ατόμου ή ομάδας ατόμων από την πρόσβαση σ' αυτό [59].



Κατά συνέπεια, η Δημόσια Υγεία, θωρακίζοντας την υγεία του κοινωνικού συνόλου, αντιπροσωπεύει ένα κλασικό παράδειγμα κοινού οφέλους από ένα δημόσιο αγαθό. Για παράδειγμα, κανείς δεν μπορεί να αποκλειστεί από το όφελος της μείωσης των μολυσματικών ασθενειών και ένα άτομο που επωφελείται σίγουρα δεν εμποδίζει και άλλους να ωφεληθούν. Επίσης, ορισμένα είδη παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας ωφελούν περισσότερο την κοινωνία παρά το άτομο, επειδή συνοδεύονται από θετικές εξωτερικές επιδράσεις, επομένως ταξινομούνται ως δημόσια αγαθά. Έτσι π.χ. ο εμβολιασμός έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνονται σημαντικά οι πιθανότητες ενός ατόμου να αρρωστήσει σοβαρά. Επιπλέον, με τον εμβολιασμό ενός συγκεκριμένου μέρους του πληθυσμού, αποτρέπεται η εξάπλωση της επιδημίας. Σε αυτή την περίπτωση, η πρόληψη (που αποτελεί αρμοδιότητα Δημόσιας Υγείας) είναι επωφελής για το κοινωνικό σύνολο και οι συνέπειες που αποτρέπονται είναι πολύ σημαντικές και για το λόγο αυτό τα εμβόλια διατίθενται δωρεάν από το Κράτος [60].

Δεύτερον, η Δημόσια Υγεία αποτελεί ένα συλλογικό γνώρισμα που διαμορφώνεται και εξαρτάται κυρίως από τις εξωτερικές συνθήκες που το δημιουργούν (δηλαδή τους επιδημιολογικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού) παρά από οποιαδήποτε ατομική ενέργεια [61]. Επιπρόσθετα, σε συνθήκες ραγδαίας παγκοσμιοποίησης, στους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία έχει προστεθεί η αλληλεπίδραση πληθυσμών μεταξύ των χωρών, όπως έχει αποδειχτεί περίτρανα με την εμφάνιση των επιδημιών Έμπολα και SARS [62]. Αυτή η νέα πραγματικότητα τονίζει τον δημόσιο χαρακτήρα της παροχής της Δημόσιας Υγείας, η οποία ολόένα και περισσότερο θα εξαρτάται από παγκόσμια δημόσια αγαθά, γεγονός που μπορεί να απαιτεί συνεργασία μεταξύ χωρών και καθολικές λύσεις [61].

Τρίτο, η παροχή δημόσιων αγαθών αποτελεί ευθύνη του Κράτους, με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό με έσοδα από τη φορολογία των πολιτών και λοιπά κονδύλια της χώρας. Η Δημόσια Υγεία πληροί την παραπάνω προϋπόθεση, καθώς, όπως διατυπώνεται με σαφήνεια στα *Παγκόσμια Δημόσια Αγαθά για την Υγεία* (Global Public Goods for Health), η παροχή της είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη δράση του Κράτους, όπως και η παροχή υπόλοιπων κλασικών δημόσιων αγαθών [63]. Ως εκ τούτου, οι δράσεις και παρεμβάσεις που προάγουν την υγεία του κοινού ανήκουν στα κλασικά δημόσια αγαθά, ακόμη κι αν ολόένα και πιο αυστηρές πολιτικές λιτότητας μπορεί να απειλήσουν ορισμένα από αυτά. Συγκεκριμένα, με την απουσία δημόσιας χρηματοδότησης οι προηγμένες και επαναστατικές θεραπείες δεν θα ήταν προσιτές σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού [64].

Όλα τα παραπάνω αναμφισβήτητα καθιστούν τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας ως ένα σκοπό δημοσίου συμφέροντος που δικαιολογεί τις κρατικές

παρεμβάσεις και την επιβολή υγειονομικών μέτρων για λόγους προστασίας του κοινωνικού συνόλου. Ωστόσο, οι παραπάνω περιορισμοί και μέτρα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας πρέπει να επιβάλλονται με τη δέουσα αυστηρότητα, σύμφωνα με τις αρχές του Κράτους Δικαίου, καθώς σχεδόν πάντα έρχονται αντιμέτωπα με ατομικά δικαιώματα και συμφέροντα και συνεπάγονται οικονομικό κόστος [65, 66].

## **ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ vs. ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΜΦΕΡΟΝ**

### **ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

#### *Ορισμός*

Ως ανθρώπινα ονομάζονται τα θεμελιώδη δικαιώματα που κάθε άτομο δικαιωματικά αποκτά στη γέννηση και διατηρεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, λόγω της ανθρώπινης ιδιότητάς του. Αυτά τα «αναπαλλοτριώτα» δικαιώματα συμπεριλαμβάνουν τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα, με τα κυριότερα το δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία, την ισότητα, την ελευθερία σκέψης και συνείδησης, ελευθερία λόγου, το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι και την ισονομία και ισοδικία. Επιπλέον, ο κάθε άνθρωπος, έχει κοινωνικά, πολιτιστικά και οικονομικά δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένων του δικαιώματος στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, στη στέγη, και σε ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης, στην εργασία και στην εκπαίδευση. Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι δικαιώματα εγγενή σε όλα τα ανθρώπινα όντα, ανεξαρτήτως φυλής, φύλου, εθνικότητας, γλώσσας, θρησκείας ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης [67].

#### *Ατομικά δικαιώματα και καθήκοντα έναντι της ανθρώπινης κοινότητας*

Η ελευθερία του ατόμου από την αρχαιότητα θεωρούνταν απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση και περαιτέρω ανάπτυξη του υλικού και πνευματικού πολιτισμού. Η πραγμάτωση των δικαιωμάτων και των ελευθεριών ενός ατόμου, κατά κανόνα, πραγματοποιείται κατά την αλληλεπίδρασή του με άλλα πρόσωπα. Στην καθημερινή ζωή, τα συμφέροντα ενός ατόμου μπορεί αντικειμενικά να έρχονται σε σύγκρουση με τα συμφέροντα άλλων ατόμων ή μιας ομάδας, μπορεί επίσης να προκύψει και σύγκρουση ατομικών συμφερόντων. Η συζήτηση για την ατομική ελευθερία του ατόμου και τα όριά της, για τη σχέση και την ισορροπία μεταξύ των αντικρουόμενων ατομικών και κοινωνικών συμφερόντων είναι ένα πολυδιάστατο θέμα που διαχρονικά απασχολεί την κοινωνία. Εδώ και πολύ καιρό, η νομολογία δέχεται ως αξίωμα πως η άσκηση δικαιώματος από ένα άτομο, που το εγγυάται το διεθνές και

εθνικό δίκαιο, δεν πρέπει να βλάπτει τα δικαιώματα και τις ελευθερίες των άλλων και του κοινωνικού συνόλου [68].

### *Σύγκρουση συμφερόντων. Ρυθμιστικός ρόλος του Κράτους.*

Το σύγχρονο κράτος διαδραματίζει οργανωτικό ρόλο στη ρύθμιση των κοινωνικών έννομων σχέσεων. Με αυτή την έννοια, έχει την εξουσία να προστατεύει τα ανθρώπινα δικαιώματα αφενός, αλλά και να τα περιορίζει, για την προστασία των δημοσίων και ιδιωτικών συμφερόντων. Το κράτος λειτουργεί έτσι ως θεσμός που εγγυάται την πραγματοποίηση και προστασία των φυσικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Του ανατέθηκε το καθήκον να συντονίζει τα ατομικά συμφέροντα, με στόχο το συμβιβασμό μεταξύ συγκρουόμενων συμφερόντων και δικαιωμάτων μεμονωμένων υποκειμένων. Έτσι, σε ορισμένες περιπτώσεις, προκειμένου να προστατευθεί ολόκληρη η κοινωνία, είναι απαραίτητο να περιοριστούν τα δικαιώματα και οι ελευθερίες ενός συγκεκριμένου ατόμου [69].

### *Περιορισμός των ατομικών ελευθεριών με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον*

Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι για την προστασία μιας κατηγορίας ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών (υγεία, ασφάλεια, άμυνα), είναι απαραίτητο να περιοριστούν άλλα ανθρώπινα δικαιώματα και ελευθερίες. Ανακύπτει μια εννοιολογική λογική αντίφαση: στο όνομα της προστασίας της ελευθερίας, απαιτείται να θυσιάσουμε την ελευθερία. Στο εθνικό δίκαιο πολλών σύγχρονων κρατών, υπάρχει θεσμικός περιορισμός των δικαιωμάτων και ελευθεριών ενός ατόμου/ ενός πολίτη με γνώμονα το συμφέρον της κοινωνίας και του Κράτους, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας από παγκόσμιες απειλές (διεθνής τρομοκρατία, διεθνές έγκλημα, πανδημία). Αυτός ο θεσμικός περιορισμός βασίζεται σε κα-νόμες που κατοχυρώνονται και σε διεθνείς συνθήκες [70]. Οι κανόνες και οι αρχές του Διεθνούς Δικαίου αποτελούν τη βάση για τη νομική προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών σε κάθε μεμονωμένο κράτος.

## **ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΜΦΕΡΟΝ**

### *Ορισμός*

Δημόσιο είναι το συμφέρον, όταν αναφέρεται σε άμεσα γενικά και ειδικά συμφέροντα συνόλου ή ομάδας μελών της κοινωνίας, που έχουν οργανωθεί σε Κράτος. Το δημόσιο συμφέρον συνδέεται με την έννομη τάξη και φέρει κοινωνικό χαρακτήρα. Το δημόσιο συμφέρον πρέπει να εκφράζει το συμφέρον

όλων των επιμέρους μελών της κοινωνίας, καθώς εγγυάται την εκ-πλήρωση των βασικών αναγκών τους (πχ εθνική άμυνα, τάξη, ασφάλεια, υγιεινή και υγεία, διατροφή, παιδεία κλπ) [71].

Προφανώς, ένας από τους τρόπους ρύθμισης των σχέσεων στην κοινωνία είναι η θέσπιση διαφόρων περιορισμών και απαγορεύσεων, με τη βοήθεια των οποίων το Κράτος υλοποιεί τις λειτουργίες του για να εξασφαλίσει τα συμφέροντα ολόκληρης της κοινωνίας. Ταυτόχρονα, στο Διεθνές Δίκαιο δεν έχουν καθοριστεί με σαφήνεια τα επιτρεπτά όρια των περιορισμών που μπορούν να τεθούν από τις δημόσιες αρχές στα ανθρώπινα δικαιώματα. Επομένως, κατά τη διάρκεια διαφόρων κρίσεων και πανδημιών, αυξάνεται ο κίνδυνος αυθαίρετης παρέμβασης της κρατικής εξουσίας στη σφαίρα των ανθρώπινων δικαιωμάτων και ελευθεριών που εγγυάται το διεθνές δίκαιο. Η πραγμάτωση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και ελευθεριών σε ειδικές (έκτακτες) συνθήκες είναι ένα φλέγον ζήτημα. Η εναρμόνιση των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών με τα δικαιώματα και τα συμφέροντα άλλων προσώπων, τα συμφέροντα της κοινωνίας και του Κράτους είναι ζητήματα επιστημονικής και πρακτικής σημασίας. Αυτό έγινε ιδιαίτερα εμφανές κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όταν πολλά κράτη άρχισαν να εισάγουν κάθε είδους περιορισμούς στα δικαιώματα και τις ελευθερίες των πολιτών, εγείροντας ζητήματα νομιμότητας και προκαλώντας ποικίλες αντιδράσεις [72, 73, 74, 75]. Αυτή η πρωτοφανής υγειονομική κρίση έχει εντείνει τις δημόσιες και επιστημονικές συζητήσεις σχετικά με τη σχέση μεταξύ των ατομικών ελευθεριών και των συμφερόντων της κοινωνίας.

Οι διεθνείς έννομες σχέσεις δεν απαγορεύουν σε ένα Κράτος να επιβάλλει περιορισμούς σε ορισμένα ανθρώπινα δικαιώματα, σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης, εντός της επικράτειάς του. Παράδειγμα τέτοιων δικαιωμάτων αποτελούν η ελεύθερη κυκλοφορία, η ελευθερία του συνέρχεσθαι και οι δραστηριότητες των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Πρόκειται για προσωρινή αδυναμία άσκησης ορισμένων δικαιωμάτων, μεταξύ άλλων λόγω αναγκαστικής απαγόρευσης. Ταυτόχρονα, τα περιοριστικά μέτρα θα πρέπει να λαμβάνονται μόνο στο βαθμό που είναι αναγκαία για την ασφάλεια του Κράτους και δεν μπορούν να έρχονται σε αντίθεση με τις υποχρεώσεις του, όπως απορρέουν από το Διεθνές Δίκαιο. Σε μια δημοκρατική κοινωνία ο περιορισμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των πολιτών επιτρέπεται αποκλειστικά ως μέτρο έσχατης ανάγκης, όταν όλα τα άλλα μέσα έχουν ήδη εξαντληθεί [70].

Το άρθρο 29 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1948) κατοχυρώνει τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα και οι ελευθερίες των άλλων, αλλά και για να εκπληρωθούν οι δίκαιες απαιτήσεις της ηθικής, της δημόσιας τάξης και της γενικής ευημερίας σε μια δημοκρατική κοινωνία [76]. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη, σκοπός των περιορισμών στα ανθρώπινα

δικαιώματα και τις ελευθερίες μπορεί να είναι η προστασία των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των άλλων, η ηθική, η δημόσια τάξη και το δημόσιο συμφέρον. Όμως επειδή το περιεχόμενο αυτών των εννοιών δεν καθορίζεται στο παραπάνω έγγραφο, ο κανόνας για τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών διατυπώνεται ευρέως, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει τη βάση για διάφορες καταχρήσεις όταν εφαρμόζεται, ιδίως όταν λαμβάνει περιοριστικά μέτρα δυσανάλογα προς το προστατευόμενο δημόσιο συμφέρον. Οι διεθνείς συμφωνίες στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών που εγκρίθηκαν στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα προβλέπουν το δικαίωμα των κρατών να παρεκκλίνουν από τις προηγούμενες υποχρεώσεις τους για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε ειδικές (επείγουσες) περιστάσεις. Ειδικότερα, το άρθρο 15 της *Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών* (1950) ορίζει ότι σε έκτακτες περιπτώσεις που απειλούν τη ζωή του έθνους, ένα κράτος μπορεί να παρεκκλίνει από τις υποχρεώσεις του βάσει της παρούσας σύμβασης στο βαθμό που αυτό οφείλεται στις ανάγκες των περιστάσεων [77].

Το άρθρο 4 του *Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα* (1966) περιορίζει το δικαίωμα του κράτους να παρεκκλίνει από τις υποχρεώσεις του για τη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών υπό διάφορες προϋποθέσεις. Περιορισμοί σε αυτά τα δικαιώματα και τις ελευθερίες επιτρέπονται μόνο κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης έκτακτης ανάγκης που κηρύσσεται επίσημα στο κράτος, στο οποίο απειλείται η ζωή των πολιτών [78]. Εκτός από την κατάσταση έκτακτης ανάγκης, μια άλλη νομική βάση για τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών, η οποία προβλέπεται από το διεθνές δίκαιο, αποτελεί η απειλή για τη ζωή και τη Δημόσια Υγεία.

Ειδικότερα, οι Αρχές των Συρακουσών, οι κανόνες που υιοθετήθηκαν το έτος 1984 από το *Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο των Ηνωμένων Εθνών* (ECOSOC), ορίζουν ότι ορισμένα ανθρώπινα δικαιώματα μπορούν να περιοριστούν, προκειμένου το κράτος να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπιση μιας σοβαρής απειλής για τη Δημόσια Υγεία ή για τους πολίτες του. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να αποσκοπούν στην πρόληψη ασθενειών ή τραυματισμών ή στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς και τους τραυματίες (άρθ. 25 μέρος Ι) [70].

Το ξέσπασμα μιας ιογενούς νόσου θεωρήθηκε για πρώτη φορά διεθνής απειλή για την ασφάλεια το 2014, λόγω της εξάπλωσης του ιού Έμπολα στη Δυτική Αφρική. Το σχετικό ψήφισμα του Συμβουλίου Ασφαλείας των Ηνωμένων Εθνών γι' αυτή την επιδημία προέβλεπε προληπτικά μέτρα για την καταπολέμησή της, συμπεριλαμβανομένης της απομόνωσης των ατόμων για τα οποία υπάρχουν υπόνοιες ότι είχαν μολυνθεί [79].

Αυτά τα γεγονότα μαρτυρούν ότι το διεθνές δίκαιο και η νομοθεσία των περισσότερων σύγχρονων κρατών που βασίζονται σε αυτό επιτρέπουν τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών προκειμένου να

διασφαλιστεί το κοινό καλό και η ασφάλεια ολόκληρης της κοινωνίας. Ταυτόχρονα, παραμένει άλυτο το ζήτημα της κανονιστικής εδραίωσης στο διεθνές δίκαιο των στόχων, των μέσων και των ορίων των περιορισμών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών και της επιτρεπόμενης παρέμβασης στην ιδιωτική ζωή, σε σχέση με το δημόσιο συμφέρον.

Αξιωματούχοι του ΟΗΕ έχουν επανειλημμένα δηλώσει την ανάγκη προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο πλαίσιο της πανδημίας και έχουν επισημάνει το απαράδεκτο της αύξησης των ανισοτήτων σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης εξαιτίας της παγκόσμιας κρίσης που προκλήθηκε από την πανδημία [80]. Ειδικότερα, η Υπατη Αρμοστής των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, *Michelle Bachelet*, εξέφρασε την ανησυχία της για το γεγονός ότι οι κυβερνήσεις ορισμένων χωρών έλαβαν εξουσίες έκτακτης ανάγκης για αόριστο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της πανδημίας ή, με το πρόσχημα της πανδημίας, προέβησαν σε αλλαγές στην εθνική νομοθεσία που επέτρεψαν την εφαρμογή ορισμένων κατασταλτικών μέτρων. Πρόκειται για περιορισμούς στις δραστηριότητες του ανεξάρτητου Τύπου, εκφοβισμό δημοσιογράφων και bloggers που ανέφεραν την έλλειψη ιατρικών масκών και άλλου προστατευτικού εξοπλισμού, καθώς και την κράτηση ή φυλάκιση πολιτών ορισμένων χωρών εξαιτίας της συμμετοχής σε συζητήσεις επί του θέματος αυτού και την έκφραση της γνώμης τους στα κοινωνικά δίκτυα [81]. Πρόκειται για τον περιορισμό του δικαιώματος λήψης και διάδοσης πληροφοριών, καθώς και για την ενίσχυση της λογοκρισίας.

#### **ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ.**

Η σύγκρουση μεταξύ των κυβερνητικών μέτρων Δημόσιας Υγείας και των ατομικών ελευθεριών δεν είναι καινούργιο φαινόμενο. Πολλοί θεωρούν ότι τα μέτρα προστασίας Δημόσιας Υγείας έρχονται σε σύγκρουση με τις ατομικές ελευθερίες και ότι το να δοθεί προτεραιότητα στο ένα σημαίνει να θυσιαστεί το άλλο. Άλλοι πιστεύουν πως η Δημόσια Υγεία έχει προτεραιότητα, αλλά μόνο μέχρι του σημείου που αρχίζει να θίγει ατομικές ελευθερίες, οπότε γίνεται απειλή για τα δημοκρατικά δικαιώματα. Για ορισμένους, υπάρχει μια πολύ λεπτή γραμμή μεταξύ της προστασίας της υγείας ενός πληθυσμού και του σεβασμού των ατομικών δικαιωμάτων. Η άποψη αυτή προσπαθεί να αντισταθμίσει δύο αξίες, τη συλλογικότητα, ή την ευημερία του κοινωνικού συνόλου και τον ατομικισμό ή το δικαίωμα ενός ατόμου να καθορίζει ελεύθερα τη ζωή του [82]. Μερικές από τις βασικές ηθικές προκλήσεις στη Δημόσια Υγεία προκύπτουν όταν αυτά τα δύο βρίσκονται σε αντίθεση. Στην πασίγνωστη δικαστική υπόθεση του έτους 1905, *Jacobson κατά Μασαχουσέτης*, το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ εν μέσω μεγάλης επιδημίας ευλογιάς ενέκρινε τον υποχρεωτικό εμβολιασμό όλων των ανεμβολίαστων κατοίκων [83]. Η απόφαση

αυτή επικύρωσε το δικαίωμα του Κράτους να θεσπίζει νόμους για την προστασία της υγείας του πληθυσμού και ειδικότερα για την έλεγχο εξάπλωσης θανατηφόρων μολυσματικών ασθενειών. Το δικαστήριο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ορισμένες φορές γίνεται αποδεκτό το Κράτος να παραβιάζει τα ατομικά δικαιώματα προκειμένου να προστατεύσει την υγεία του κοινωνικού συνόλου [84].

Καθώς η «Δημόσια Υγεία» θεσμοθετείται ως ρητός στόχος διάφορων οργανισμών και κυβερνήσεων, εισάγονται περισσότερα μέτρα περιορισμού της ελευθερίας στο όνομά της. Οι περιβαλλοντικές πολιτικές που περιορίζουν την ελευθερία μετακίνησης (London's Ultra Low Emission Zone) και η απαγόρευση του καπνίσματος που ανακοινώθηκε πρόσφατα στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελούν τα δύο πιο ξεκάθαρα παραδείγματα το τελευταίο χρονικό διάστημα. Είναι επόμενο να προκύπτουν ερωτήματα που απασχολούν τη δικαιοσύνη, επειδή ο τρόπος με τον οποίο τέτοιες πολιτικές επιτυγχάνουν αυτή την ισορροπία επηρεάζει διαφορετικά τη ζωή διαφορετικών ανθρώπων.

Οι παρεμβάσεις στη Δημόσια Υγεία που δύναται να θίξουν ατομικές ελευθερίες πρέπει να χαρακτηρίζονται από διαφάνεια, να είναι εύλογες (δεδομένης της κατάστασης) και αναγκαίες και να εφαρμόζονται μόνο αφού αποτύχουν λιγότερο περιοριστικά μέτρα. Είναι χαρακτηριστικό ότι η συζήτηση γύρω από τη Δημόσια Υγεία και τις ατομικές ελευθερίες απέκτησε μια άλλη διάσταση μέσα στην επιδημία του AIDS. Ορισμένοι αξιωματούχοι δημόσιας υγείας ζήτησαν να επιβληθούν μέτρα όπως το κλείσιμο των λουτρών για ομοφυλόφιλους [85] και η αναφορά των ονομάτων οροθετικών στην κυβέρνηση για λόγους επιτήρησης. Ωστόσο, άλλοι φοβήθηκαν ότι οι καταναγκαστικές μέθοδοι Δημόσιας Υγείας θα μπορούσαν να αποβούν μπούμερανγκ οδηγώντας τους ανθρώπους στο περιθώριο και διαβρώνοντας την εμπιστοσύνη τους στα συστήματα υγείας. Αναγνώρισαν ότι οι ανησυχίες για την προστασία της ιδιωτικής ζωής, ο φόβος των διακρίσεων και οι νόμοι που απαγορεύουν τις σχέσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου παρεμπόδιζαν τις προσπάθειες για την αποτελεσματική καταπολέμηση της νόσου. Σε απάντηση, οι υπεύθυνοι δημόσιας υγείας ανέπτυξαν μια νέα προσέγγιση που ευθυγράμμιζε καλύτερα τις πολιτικές ελευθερίες και τη Δημόσια Υγεία δίνοντας προτεραιότητα στην εκπαίδευση για τον HIV και το AIDS, την οικοδόμηση εμπιστοσύνης με τις περιθωριοποιημένες κοινότητες και την ενθάρρυνση της εθελοντικής χρήσης προφυλακτικού. Κατά συνέπεια, «προέκυψε ένα απλό ρητό: καμία πολιτική δημόσιας υγείας που παραβίαζε τα δικαιώματα των ατόμων δεν θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική στον έλεγχο της εξάπλωσης του HIV. Επομένως, δεν υπήρχε ένταση μεταξύ της Δημόσιας Υγείας και των πολιτικών ελευθεριών [86].

Πράγματι, η προστασία των ατομικών ελευθεριών ήταν κρίσιμη για τη προάσπιση της Δημόσιας Υγείας. Αντί να προϋποθέτει ότι η υγεία του κοινού και τα ατομικά δικαιώματα βρίσκονται σε σύγκρουση, η κρίση του AIDS

αποκάλυψε μια άλλη πιθανότητα: να θεωρήσουμε τη Δημόσια Υγεία και τις πολιτικές ελευθερίες όχι ως ανταγωνιστές, αλλά ως εταίρους στην προστασία της υγείας.

## **ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ COVID-19**

### *ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η «ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ».*

Βάσει του *Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα* (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR), η πρόληψη και η αντιμετώπιση της επιδημίας αποτελούν βασικά στοιχεία του δικαιώματος στην υγεία [78]. Επιπλέον, σύμφωνα με την «αρχή της προφύλαξης», τα κράτη έχουν «υποχρέωση να προστατεύουν τους πληθυσμούς από εύλογα προβλέψιμες απειλές, ακόμη και υπό συνθήκες αβεβαιότητας» [87]. Αυτή η κρατική αρμοδιότητα ασκείται με την προϋπόθεση ότι οι πολιτικές και παρεμβάσεις που υιοθετούνται για την αντιμετώπιση κινδύνου (συμπεριλαμβανομένων των απειλών για τη Δημόσια Υγεία) πρέπει να βασίζονται σε επιστημονικά πρότυπα και να χρησιμοποιούν τις λιγότερο περιοριστικές λύσεις [88]. Επιπλέον, πρέπει να πληρούνται τρεις βασικές προϋποθέσεις: τα μέτρα πρέπει: (1) να προβλέπονται από το νόμο, (2) να εξυπηρετούν έναν θεμιτό σκοπό, για παράδειγμα προστασία της υγείας και της ασφάλειας του πληθυσμού και (3) να είναι απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία μιας δημοκρατικής κοινωνίας. Ακόμη τα μέτρα πρέπει να είναι αποτελεσματικά και ανάλογα του επιδιωκόμενου σκοπού [88]. Ταυτοχρόνως, οι ηθικές αρχές της Δημόσιας Υγείας όπως και η σχετική νομολογία, αναγνωρίζουν ότι τα ατομικά δικαιώματα των ατόμων πρέπει μερικές φορές να θυσιάζονται για το συλλογικό συμφέρον [89, 90]. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό, ο οποίος είναι δεσμευτικός για όλα τα κράτη μέλη του ΠΟΥ, τα μέτρα προστασίας Δημόσιας Υγείας πρέπει να εφαρμόζονται με πλήρη σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών ελευθεριών [91].

### *ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ*

Η πανδημία COVID-19 δοκίμασε τις αντοχές ολόκληρου του πλανήτη και υπέβαλε σε σκληρή δοκιμασία το σύγχρονο σύστημα του Διεθνούς Δικαίου, το οποίο έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και βασίζεται σε δημοκρατικές αξίες και αρχές. Για δύο συνεχόμενα χρόνια, οι περισσότερες χώρες παγκοσμίως είχαν λάβει πρωτοφανή αυστηρά μέτρα (καθολική απαγόρευση κυκλοφορίας, περιορισμός των διεθνών και εγχώριων μετακινήσεων κλπ.) με σκοπό την αναχαίτιση της εξάπλωσης της νόσου και τον μετριασμό των επιπτώσεών της στην οικονομία και την αγορά εργασίας [92]. Εντούτοις, παρόλο που οι στρατηγικές αυτές αποδείχθηκαν πολύ



αποτελεσματικές αναφορικά με τη μείωση του ποσοστού μόλυνσης από την COVID-19, οδήγησαν σε αισθητό περιορισμό των ατομικών ελευθεριών και στην επιβολή επιπρόσθετων υποχρεώσεων [89]. Συγκεκριμένα, οι βασικότεροι διεθνείς και εθνικοί θεσμοί των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών γνώρισαν σημαντική πίεση και υπέστησαν ορισμένες αλλαγές.

Στο σύγχρονο σύστημα Δικαίου, το οποίο βασίζεται σε ανθρωπιστικές αρχές, δεν υπάρχει ιεραρχία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ατομικά δικαιώματα και ελευθερίες που κατοχυρώνονται σε διεθνείς συμφωνίες δεν υπερισχύουν άλλων τύπων δικαιωμάτων και ελευθεριών, αλλά είναι όλα ίσης αξίας. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι στη διάρκεια της πανδημίας τα κράτη έθεταν το δικαίωμα στην υγεία στην πρώτη θέση, εις βάρος των υπόλοιπων ατομικών ελευθεριών. Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν περιορισμός ή αναστολή της εφαρμογής ορισμένων βασικών δικαιωμάτων, καθώς και η επιβολή πρόσθετων υποχρεώσεων [93]. Η νόσος COVID-19 όχι μόνο αποκάλυψε ανισότητες, αλλά επιδείνωσε επίσης την κατάσταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε πολλές χώρες ανά την υφήλιο. Ειδικότερα, ο ΟΗΕ και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις έχουν καταγράψει πληθώρα περιστατικών παραβίασης των ατομικών δικαιωμάτων που διαπράχθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 [72, 73, 74, 75].

## *NOMIMOTHTA METPΩN ΠEPIOPISMOY THΣ ΔIADOSHΣ THΣ COVID-19*

### *Γενικοί προβληματισμοί*

Ορισμένοι κορυφαίοι μελετητές στον τομέα της παγκόσμιας υγείας εστιάζουν την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας στο γεγονός ότι πολλοί από τους περιορισμούς που επιβλήθηκαν από δεκάδες χώρες κατά τη διάρκεια της επιδημίας του COVID-19 δεν είχαν λάβει την προηγούμενη σύμφωνη γνώμη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - ΠΟΥ [94], γεγονός που θίγει τη νομιμότητά τους, καθώς παραβιάζονται οι διατάξεις του *Διεθνή Κανονισμού Υγείας* που εγκρίθηκε το 2005 και τέθηκε σε ισχύ στις 15 Ιουνίου 2007 [95]. Επιπλέον, υπάρχουν απόψεις ότι παράλληλα με τα ζητήματα νομιμότητας, δεν τηρήθηκαν και οι δεοντολογικοί κανόνες που πρέπει να διέπουν τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται με σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Συγκεκριμένα, επιβάλλεται τα κράτη να ενεργούν μόνο σε περίπτωση ανάγκης και να λαμβάνουν τις λιγότερο περιοριστικές / παρεμβατικές ενέργειες που θα επηρεάσουν τον στόχο της Δημόσιας Υγείας.

Ειδικότερα, μεγάλος αριθμός ερευνητών πιστεύει ότι η απαγόρευση που επιβλήθηκε σε πολλές χώρες στους πολίτες να ταξιδεύουν στο εξωτερικό ήταν ένα εξαιρετικά σκληρό και αδικαιολόγητο μέτρο περιορισμού της ατομικής ελευθερίας, το οποίο αντίκειται στο διεθνές δίκαιο και οδηγεί σε περιττή οικονομική απομόνωση [96]. Το άνευ προηγουμένου κλείσιμο των συνόρων και οι περιορισμοί στην ελεύθερη κυκλοφορία των πολιτών είχαν αρνητικές συνέπειες, καθώς δημιούργησαν εμπόδια,

συμπεριλαμβανομένης της κυκλοφορίας του ιατρικού προσωπικού και του ιατρικού εξοπλισμού, των μέσων ατομικής προστασίας και των φαρμάκων που ήταν απαραίτητα για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού και τη διάσωση της ζωής των ασθενών [97]. Παραβιάσεις των ατομικών δικαιωμάτων των πολιτών από την πλευρά των κρατικών αρχών κατατάσσονται σε ευρεία κλίμακα, από στέρωση δυνητικών δικαιωμάτων (όπως εκείνο στην τακτική περίθαλψη των χρόνιων πασχόντων) μέχρι την καταφανή καταστρατήγηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών (παρακολούθηση, φυλάκιση κλπ.).

### *Παραμέληση δικαιώματος πολιτών στην υγεία.*

Στη διάρκεια την πανδημίας το «δικαίωμα στην υγεία» επί το πλείστον ερμηνευόταν με πολύ στενή έννοια, ως απουσία συγκεκριμένης νόσου (SARS-CoV-2) σε ένα άτομο. Η αυξημένη προσοχή της ιατρικής κοινότητας σε άτομα προσβεβλημένα από νέο κορονοϊό οδήγησε στην παραβίαση των δικαιωμάτων άλλων ατόμων που έπασχαν από σοβαρές χρόνιες παθήσεις (ογκολογία, διαβήτης κ.λπ.), καθώς και των δικαιωμάτων ατόμων που είχαν σταματήσει να λαμβάνουν προγραμματισμένη ιατρική περίθαλψη ή βρισκόταν σε αναμονή προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης, γεγονός που αποτελεί επίσης διάκριση, παραβίαση του δικαιώματος ενός ατόμου στην υγεία. Οι ασθενείς με καρκίνο, ελονοσία, διαβήτη, φυματίωση ή καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν στον ίδιο βαθμό δικαίωμα στη υγεία με τους ασθενείς που πάσχουν από COVID-19 [98].

Ανάμεσα στην πληθώρα περιστατικών από διάφορες χώρες όπου τα μέτρα περιορισμού επιβλήθηκαν με υπερβάλλοντα ζήλο, στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές για πολιτικές αντιμετώπισης της COVID-19 από πλευρά κάποιων κυβερνήσεων, που δεν ακολουθούσαν τις οδηγίες του ΠΟΥ και τις επιταγές του επιστημονικού συνόλου. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση της Σουηδίας επέλεξε να επιτρέψει σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού της χώρας να μολυνθεί, με στόχο να επιτύχει ανοσία της αγέλης, αφήφώντας τις επιστημονικές οδηγίες για τη σωματική απόσταση και τη χρήση μάσκας. Η προσέγγιση αυτή αποτέλεσε παταγώδη αποτυχία στην προστασία της υγείας του πληθυσμού και θεωρείται ότι συνιστά παράβαση του δικαιώματος των πολιτών στην υγεία. Συγκεκριμένα, μέχρι το τέλος του 2020, το ποσοστό θνησιμότητας της Σουηδίας από COVID-19 ήταν δέκα φορές υψηλότερο από εκείνο των γειτονικών της χωρών, τέσσερις φορές υψηλότερο από αυτό της Δανίας και έχει υπερβεί κατά πολύ εκείνο των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών [93, 99].

### *Παραβίαση της ιδιωτικότητας*

Το απαραβίαστο της ιδιωτικής ζωής συνιστά ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα που κατοχυρώνεται από το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και

Πολιτικά Δικαιώματα, το οποίο το άρθρο 17 ορίζει ότι «ένα πρόσωπο δεν μπορεί να υπόκειται σε αυθαίρετες ή παράνομες παρεμβάσεις στην ιδιωτική ή οικογενειακή του ζωή» [100]. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ορισμένες χώρες όπως η Νότια Κορέα, Σιγκαπούρη, Αυστραλία [101, 102, 103] κ.λ.π., σε παράβαση του παραπάνω κανόνα, υιοθέτησαν σχετικούς κανονισμούς νομιμοποιώντας την πρόσβαση των κρατικών Υπηρεσιών σε προσωπικά δεδομένα των πολιτών (πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση υγείας, τις κοινωνικές επαφές, συναλλαγές με πιστωτικές κάρτες, τις μετακινήσεις και την ακριβή τοποθεσία ενός ατόμου). Στη Νότια Κορέα, αυτά τα δεδομένα συλλέχθηκαν χωρίς τη προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση των πολιτών για τη συλλογή και αποθήκευση των προσωπικών τους δεδομένων [104].

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας από τις κρατικές Αρχές της Νότιας Κορέας έχουν χρησιμοποιηθεί ορισμοί με αρνητική χροιά, όπως «ύποπτο άτομο» ή «άτομο που έρχεται σε επαφή με μολυσμένο άτομο». Ένα ακόμη παράδειγμα των αμφιλεγόμενων υγειονομικών παρεμβάσεων είναι αυτό της Κίνας, όπου οι Κρατικές αρχές δεν ζήτησαν τη πρότερη συγκατάθεση των πολιτών προτού χρησιμοποιήσουν δεδομένα παρακολούθησης κινητών τηλεφώνων για τον εντοπισμό των ύποπτων κρουσμάτων COVID-19 [105].

Επίσης, έχουν αναφερθεί περιστατικά ανεπιθύμητης παραβίασης της ιδιωτικής ζωής και διαρροής προσωπικών δεδομένων, με αποτέλεσμα μερικοί νοσούντες από COVID-19 να έχουν γίνει αντικείμενο δημόσιας περιφρόνησης [106]. Στην περίπτωση αυτή, η συλλογή των προσωπικών δεδομένων των κρουσμάτων COVID-19 και των επαφών τους συνιστά παραβίαση του δικαιώματος στην ιδιωτική ζωή, καθώς η αποκάλυψη τέτοιων δεδομένων απειλεί δυνητικά την ιδιωτική ζωή, την ισότητα και τη δικαιοσύνη. Η ταχεία ανάπτυξη τεχνολογιών παρακολούθησης μέσω κινητών συσκευών και εφαρμογών ενέχει τον κίνδυνο διαρροής πληροφοριών σχετικά με την υγεία, τις κινήσεις και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις ενός ατόμου. Η συλλογή και επεξεργασία δεδομένων σχετικά με την υγεία ή την ασθένεια ενός ατόμου (ιατρική διάγνωση) χωρίς τη συγκατάθεση του όχι μόνο αποτελεί παραβίαση των δεοντολογικών κανόνων, αλλά επίσης ενέχει κίνδυνο παραβίασης ιατρικού απορρήτου.

### *Περιορισμοί στην ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων*

Σε ορισμένα κράτη στο πλαίσιο του περιορισμού της διάδοσης του COVID-19 είχαν επιβληθεί περιορισμοί στην ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων, που απασχόλησαν πολύ τους φορείς προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κυρίως λόγω της επιβεβλημένης χρήσης εφαρμογών για την παρακολούθηση της κίνησης των ατόμων. Ειδικότερα, στην Κίνα οι πολίτες, προκειμένου να μετακινούνται στο δρόμο και να επισκέπτονται δημόσιους χώρους έπρεπε να εγκαταστήσουν και να χρησιμοποιήσουν την ειδική εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα. Για να μετακινηθεί ο κάθε χρήστης έπρεπε να λάβει έναν έγχρωμο ψηφιακό κωδικό QR με χρώματα

κόκκινο, κίτρινο ή πράσινο για να υποδηλώνουν την κατάσταση υγείας του ατόμου, την υποχρέωση να τηρεί απομόνωση και επομένως την ικανότητά του να μετακινηθεί [107]. Στο Χονγκ Κονγκ, οι κάτοικοι που βρίσκονται σε καραντίνα υποχρεούνται να φορούν ηλεκτρονικό βραχιόλι το οποίο μέσω μιας εφαρμογής ενημερώνει τις τοπικές Αρχές για το πού βρίσκεται το άτομο [108]. Οι Τσεχία, Σλοβακία, Ουγγαρία και Πολωνία εισήγαγαν το μέτρο υποχρεωτικής κατ' οίκον αυτοαπομόνωσης για χρονικό διάστημα 14 ημερών για τους πολίτες μετά την επιστροφή τους από το εξωτερικό. Επιπλέον, σε όλες τις παραπάνω χώρες πλην Ουγγαρίας, οι επιστρέφοντες από εξωτερικό υποχρεωνόταν να αποστείλουν αποδεικτικά στοιχεία της τήρησης της κατ' οίκον απομόνωσης στο τοπικό αστυνομικό τμήμα. Τα δεδομένα αυτά ήταν σε μορφή φωτογραφιών και κωδικών από την εφαρμογή γεωεντοπισμού στην συσκευή του κινητού τους τηλεφώνου [109].

### *Ψηφιοποίηση στο πλαίσιο της πανδημίας και θεμελιώδη δικαιώματα*

Αρκετοί μελετητές κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου για το γεγονός ότι το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19 επιτάχυνε ακόμη περισσότερο την ψηφιοποίηση της σύγχρονης κοινωνίας και έχει παρατηρηθεί ότι το ψηφιακό χάσμα σε παγκόσμια κλίμακα έχει αυξηθεί σημαντικά. Αυτό, με τη σειρά του, δημιούργησε πρόσθετα προβλήματα στον τομέα της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών, καθώς τα περιοριστικά μέτρα που επιβλήθηκαν για την αναχαίτιση της πανδημίας COVID-19 δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο τη θέση ορισμένων κοινωνικών ομάδων, λόγω του ψηφιακού αναλφαριθμητισμού και έλλειψης πρόσβασης τους σε σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα επικοινωνίας. Πρόκειται για άτομα που, λόγω της κοινωνικής (περιουσιακής) τους κατάστασης, του γήρατος ή άλλων συνθηκών ή ιδιαιτεροτήτων της ανάπτυξής τους, δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν το Διαδίκτυο, τον εξοπλισμό υπολογιστών, τις κινητές συσκευές, τις ειδικές εφαρμογές και προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, των δημόσιων υπηρεσιών εξ αποστάσεως ή της απόκτησης κωδικού QR για νόμιμη επίσκεψη σε δημόσιους χώρους [110].

### *Τιμωρητικά και κατασταλτικά υγειονομικά μέτρα*

Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα κι αν μια δεδομένη παρέμβαση με σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας είναι απόλυτα συνταγματική και ηθική, δεν υπάρχει καμία εγγύηση για την επιτυχία της. Όπως και με πολλά άλλα νοσήματα στην ανθρώπινη ιστορία, έτσι και στην περίπτωση της COVID-19, η αποτελεσματικότητα των μέτρων για περιορισμό της εξάπλωσής της εξαρτιόταν από τη συμμόρφωση του κοινού με αυτά και όταν αυτό αποτύγχανε, από την αποτελεσματική επιβολή των ως άνω μέτρων. Κάποιοι πολίτες αρνούσαν να συμμορφωθούν απλώς επειδή αντιτίθενταν σε μέτρα, ενώ άλλοι επειδή δεν

μπορούσαν να συμμορφωθούν για άλλους λόγους (πχ. οικονομικούς, όπως να κλείσουν τις επιχειρήσεις τους). Αυτοί οι εντελώς αντικρουόμενοι λόγοι μη συμμόρφωσης απαιτούσαν διαφορετικές τακτικές επιβολής, κάτι το οποίο στις περισσότερες χώρες προβλέφθηκε εντελώς. Για να επιτύχουν τη συμμόρφωση με τα καινούργια μέτρα, οι περισσότερες κυβερνήσεις παγκοσμίως βασίστηκαν κυρίως σε τακτική επιβολής προστίμων σε παραβάτες [111].

Τα υποχρεωτικά υγειονομικά μέτρα αποδείχθηκαν πολύτιμα για την επιβράδυνση της εξάπλωσης του COVID-19 και την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Ωστόσο, σε πολλές χώρες, βάσει της εγχώριας νομοθεσίας που ίσχυε, η μη τήρηση των ως άνω μέτρων αποτελούσε ποινικό αδίκημα, το οποίο τιμωρούνταν με χρηματική ποινή ή ακόμη και φυλάκιση [112, 113]. Στο παρελθόν είχε αποδειχθεί ότι παρόμοιες τακτικές δημιουργούν δυσανάλογη επιβάρυνση για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και συγκεκριμένα για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και τους έγχρωμους [114], που στην προκειμένη περίπτωση ενδεχομένως επιδείνωνε περαιτέρω τις ανισότητες στην υγεία [113]. Συγκεκριμένα, οι *Watts* και συν. (2021) υποστηρίζουν πως μία νομοθεσία που επιβάλλει χρηματικό πρόστιμο ύψους 250\$ ανά παράβαση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ατόμου να πληρώσει ενοίκιο, να εξασφαλίσει τη διατροφή των μελών της οικογένειάς του ή να καλύψει άλλες βασικές ανάγκες, με συνέπεια να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του [113].

Όπως ήταν αναμενόμενο, η τιμωρητική τακτική της επιβολής των υγειονομικών μέτρων σε πολλά κράτη, οι δημοσιεύσεις στον ηλεκτρονικό Τύπο, ειδικά στην αρχή της πανδημίας COVID-19, καυτηριάζουν τις κυβερνήσεις οι οποίες προκειμένου να επιτύχουν την τήρηση των υγειονομικών μέτρων, αντί να βασιστούν σε ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, επέλεξαν να επιβάλλουν την αναγκαστική συμμόρφωση με τα παραπάνω μέτρα. Επιπλέον, εστίαζαν την προσοχή στο γεγονός ότι οι περιθωριοποιημένες και ευάλωτες ομάδες έτειναν να υποφέρουν περισσότερο από την τιμωρητική προσέγγιση των Αρχών [115]. Συγκεκριμένα, στον Καναδά τον Ιούνιο του 2020 τα πρόστιμα για παράβαση υγειονομικών μέτρων για περιορισμό της διασπορά της COVID-19 είχαν αγγίξει \$13 εκατομμύρια δολάρια [116]. Παρομοίως, παρά τις επίμονες δηλώσεις της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου ότι δεν σκόπευε να ποινικοποιήσει πολίτες για παραβίαση των κανονισμών του COVID-19, περισσότεροι από 28.000 άνθρωποι στην Αγγλία και την Ουαλία είχαν καταδικασθεί και ο μέσος όρος του ύψους των σχετικών προστίμων έφθασε το ποσό των £6000 [117].

Αναφορικά με την Ελλάδα, ήταν από τις πρώτες ευρωπαϊκές χώρες που από την αρχή της πανδημίας είχε εφαρμόσει καθολικό lockdown [118] και είχε υιοθετηθεί μία πιο αυστηρή προσέγγιση με σκοπό την καλύτερη συμμόρφωση του πληθυσμού με τα μέτρα περιορισμού της COVID-19 [119]. Παραδείγματος χάρι για να επιτευχθεί υψηλότερη εμβολιαστική κάλυψη στην ευάλωτη ομάδα των ηλικιωμένων, στα ανεμβολίαστα πρόσωπα άνω των 60 ετών επιβαλλόταν μηνιαίο

πρόστιμο 100€. Επιπλέον, βάσει του άρθρου 206 παρ. 6 του Ν. 4820/2021 είχαν τεθεί σε διαθεσιμότητα όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που δεν είχαν εμβολιασθεί [120]. Επίσης, στους μη συμμορφούμενους με υποχρέωση εμβολιασμού εργαζόμενους δημοσίου και ιδιωτικού τομέα είχε επιβληθεί υποχρέωση υποχρεωτικού διαγνωστικού ελέγχου (rapid test) που έπρεπε να πραγματοποιείται δύο φορές την εβδομάδα με ίδια δαπάνη. Επιπροσθέτως, λάμβαναν χώρα τακτικοί έλεγχοι και είχε επιβληθεί μεγάλος αριθμός χρηματικών προστίμων για παράβαση των μέτρων επιδημιολογικού συναγερμού. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της *Εθνικής Αρχής Διαφάνειας*, μόνο μέσα σε μία μέρα οι αρμόδιες ελεγκτικές υπηρεσίες της χώρας μας διενήργησαν συνολικά 78.992 ελέγχους τήρησης νομοθεσίας του COVID-19 και κατέγραψαν 229 περιπτώσεις, για τις οποίες επιβλήθηκαν πρόστιμα συνολικού ύψους 53.450€ [121]. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί, ότι τα μέτρα που λήφθηκαν με σκοπό τον περιορισμό της διάδοσης COVID-19, έχουν κριθεί συνταγματικά από τα ανωτέρα δικαστήρια της χώρας μας [122].

Ωστόσο, στη συνέχεια εκφράστηκαν απόψεις κατά των σκληρών μέτρων, όπως αυτή του Καθηγητή κ. *Ηλία Μόσιαλου*, Καθηγητή Πολιτικών Υγείας του *London School of Economics*, ο οποίος υποστήριξε ότι στη Δημόσια Υγεία, η τιμωρητική λογική δεν λειτουργεί καλά [123]. Η επιβολή αναγκαστικών περιοριστικών μέτρων μπορεί να μειώσει την εθελοντική υποστήριξη των υγειονομικών παρεμβάσεων για περιορισμό της COVID-19, ειδικά σε μια φιλελεύθερη κοινωνία ή σε χώρες όπου υπάρχει γενική δυσπιστία απέναντι στην κυβέρνηση [124].

Επιπλέον, οι *Obach* και συν. (2023) τονίζουν ότι η αντίληψη ότι τα μέτρα που επέβαλε το Κράτος είναι τιμωρητικά, συμπεριλαμβανομένων παρατεταμένης καραντίνας και απαγόρευσης κυκλοφορίας, επίσης επηρεάζει αρνητικά την συμμόρφωση με αυτά [125]. Είναι σημαντικό ότι η εκπαίδευση και η παρακίνηση του κοινού να υιοθετήσει αποτελεσματικές προφυλάξεις, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού, σε αντίθεση με μέτρα καταναγκασμού ή τιμωρίας (π.χ. ντροπή, πρόστιμα ή φυλάκιση, ακόμη και αστυνομική βία) θα είναι πιο αποτελεσματική και θα βοηθήσει στην ανακούφιση της κόπωσης από την αντιμετώπιση της πανδημίας [126, 127, 128]. Όπως είχε αναφερθεί παραπάνω, τα περιοριστικά μέτρα θα πρέπει να είναι επιστημονικά αιτιολογημένα, αναλογικά προς την απειλή και δεν θα πρέπει να εμποδίζουν τα άτομα να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες και να λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες. Η θέσπιση έκτακτων μέτρων για τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών σε μια πανδημία δεν μπορεί να βασίζεται στον φόβο [129].

## **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε μια σφοδρότατη υγειονομική κρίση η οποία άσκησε πρωτοφανή πίεση στα συστήματα και δομές Υγείας σε παγκόσμια

κλίμακα, φέρνοντάς τα στα πρόθυρα κατάρρευσης, με περεταίρω κίνδυνο για την Δημόσια Υγεία. Για να επιτευχθεί ο περιορισμός μετάδοσης της COVID-19 και η αποσυμπίεση των υγειονομικών δομών, οι περισσότερες χώρες εφάρμοσαν αυστηρά υγειονομικά μέτρα, όπως ο κατ' οίκον περιορισμός κρουσμάτων/ επαφών, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, ο υποχρεωτικός διαγνωστικός έλεγχος και τέλος η επιβολή προστίμων, στην περίπτωση που δεν υπήρχε αποτέλεσμα από τα παραπάνω. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι προαναφερόμενες κρατικές παρεμβάσεις έφεραν στο προσκήνιο κρίσιμα ηθικά διλήμματα, καθώς αφενός τα εισαγόμενα υγειονομικά μέτρα στόχευαν στην διασφάλιση του δημόσιου συλλογικού αγαθού (Δημόσια Υγεία), αφετέρου παραβίαζαν τις ατομικές ελευθερίες (αρχή του αυτοπροσδιορισμού σε θέματα που άπτονται της ατομικής υγείας). Επιπλέον, με σκοπό την αύξηση της συμμόρφωσης μέσω της υποχρέωσης εμβολιασμού κατά του COVID-19, η χώρα μας, όπως και άλλες χώρες, έχει εφαρμόσει μια σειρά από μέτρα που θεωρήθηκαν τιμωρητικά από μια μεγάλη μερίδα πολιτών και έχουν διχάσει την Ελληνική κοινωνία (πρόστιμα στους ανεμβολίαστους υπερήλικες, αναστολή εργασίας στους ανεμβολίαστους υγειονομικούς, υποχρεωτικός εβδομαδιαίος διαγνωστικός έλεγχος νόσησης με COVID-19 με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων εργαζομένων).

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις στάσεις και αντιλήψεις των μόνιμων δημοσίων υπαλλήλων απέναντι στον υποχρεωτικό διαγνωστικό έλεγχο νόσησης με COVID-19, ο οποίος έγινε με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων εργαζομένων που εργάζονται στο φορέα, καθώς και τους παράγοντες που ενδεχομένως τις επηρεάζουν και τις διαφοροποιούν.

Ο σκοπός της παρούσας διατριβής περιλαμβάνει τους παρακάτω επιμέρους στόχους:

1. Καταγραφή των απόψεων των πολιτών για τη νομιμότητα των επιβαλλόμενων από το Κράτος υγειονομικών μέτρων και τον συνεπαγόμενο με αυτά περιορισμό ατομικών ελευθεριών.
2. Διερεύνηση των απόψεων των πολιτών αναφορικά με την περισσότερο αποτελεσματική μορφή των μέτρων περιορισμού μολυσματικών νόσων.

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ**

Της μελέτης προηγήθηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Η ηλεκτρονική αναζήτηση των σχετικών άρθρων έγινε με τη χρήση της μηχανής αναζήτησης *Google* στη διαδικτυακή βάση δεδομένων *PubMed* και με την χρησιμοποίηση συγκεκριμένων λέξεων - κλειδιών: *Public health, individual rights, COVID-19 restrictions, punitive public health policies*.

Η διαδικασία συμπληρώθηκε με την ηλεκτρονική αναζήτηση σχετικών ελληνόγλωσσων δημοσιεύσεων στα αρχεία ελληνόγλωσσων επιστημονικών περιοδικών και με τον έλεγχο των περιεχομένων συγκεκριμένων άρθρων, όπως και μελέτη των σχετικών δημοσιεύσεων. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: Δημόσια Υγεία, ατομικά δικαιώματα, μέτρα περιορισμού διάδοσης COVID-19, τιμωρητικά μέτρα Δημόσιας Υγείας.

Σε επόμενη φάση καταγράφηκαν οι τίτλοι των άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση και μελετήθηκαν οι περιλήψεις τους. Για την τελική επιλογή των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν ορισμένα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τα άρθρα στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα, τα οποία δημοσιεύτηκαν σε επιστημονικά περιοδικά του *Pubmed* από τον Μάρτιο του 2020 έως και το Δεκέμβριο του 2023.

Μετά από προσεκτική μελέτη, κάποια άρθρα απορρίφθηκαν λόγω μη σχετικότητας με το αντικείμενο μελέτης ή λόγω μην εγκυρότητας της επιστημονικής μεθόδου. Στη συνέχεια ακολούθησε η συλλογή και μελέτη ολόκληρων των κειμένων, τα οποία προήλθαν από τα επιλεγθέντα δημοσιεύματα. Σε επόμενο βήμα, οι βιβλιογραφικές αναφορές άλλων ερευνών μελετήθηκαν προσεκτικά για τον εντοπισμό περαιτέρω άρθρων.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το εργαλείο έρευνας επιλέχθηκε να είναι ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε και διανεμήθηκε με τη χρήση του διαδικτυακού εργαλείου Google Forms. Η επιλογή της δημιουργίας και της αποστολής των ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε για λόγους που σχετίζονται με την ευκολότερη διακίνησή τους από πλευράς χρόνου και κόστους. Επίσης, λόγω της ηθικής διάστασης του εξεταζόμενου θέματος, κρίθηκε σκόπιμο το ερωτηματολόγιο να είναι ηλεκτρονικό, έτσι ώστε να τηρηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η αποστολή των ερωτηματολογίων, για όλες τις ομάδες, έγινε μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος που γνωστοποιούσε στους ερωτώμενους τον σχετικό σύνδεσμο, στις 20.08.2023. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν στις τρεις πρώτες εβδομάδες από την αποστολή τους.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση είναι όσα ελήφθησαν έως τις 30.09.2023, οπότε και θεωρήθηκε ότι ολοκληρώθηκε η διεξαγωγή της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο, κατά την αποστολή του, συνοδευόταν από ενημερωτικό σημείωμα που πληροφορούσε τους ερωτώμενους για το αντικείμενο και τη σκοπιμότητα της έρευνας. Επίσης, υπήρχε αναφορά στην προστασία της ανωνυμίας και την εμπιστευτικότητα στη διαχείριση των δεδομένων που θα συγκεντρωθούν και θα διαχειριστούν για ερευνητικούς σκοπούς.



Η έρευνα αποφασίσθηκε να έχει απογραφικό χαρακτήρα. Επομένως, δεν επιλέχθηκε κάποια μορφή δειγματοληψίας, αλλά το ερωτηματολόγιο στάλθηκε στο σύνολο του μόνιμου προσωπικού της Περιφερειακής Ενότητας Έβρου της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης που τον Αύγουστο του 2023 αριθμούσε 250 άτομα.

Επιστράφηκαν 69 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, συνεπώς ο βαθμός απόκρισης αντιστοιχεί σε 27,3%. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι εξασφαλίζεται αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και τα αποτελέσματα της έρευνας δε μπορούν να γενικευτούν, ωστόσο παραμένουν χρήσιμα. Όσον αφορά την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, στηρίχθηκε στην ποσοτικοποίηση που παρέχεται από την εφαρμογή Google forms και συμπληρωματικά χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα επεξεργασίας λογιστικών φύλλων Excel της σουίτας Microsoft Office.

### **ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας πήρε έγκριση από την *Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας* (ΕΗΔΕ) του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (ΔΠΘ), μετά από σύμφωνη γνώμη του Αντιπεριφερειάρχη της ΠΕ Έβρου της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης (ΠΑΜΘ) αναφορικά με τη διανομή των ερωτηματολογίων στο προσωπικό του ως άνω φορέα. Πρέπει να σημειωθεί ότι ελήφθησαν υπόψη όλες οι προδιαγραφές της ηθικής και δεοντολογίας που επιτάσσουν την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και του ερευνητικού απορρήτου, ενώ τα ευρήματα και τα δεδομένα της έρευνας εξακολουθούν να είναι εμπιστευτικά.

### **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ - ΔΕΙΓΜΑ**

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά εξήντα εννέα (69) υπάλληλοι Περιφερειακής Ενότητας Έβρου της Περιφέρειας ΑΜΘ.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην ενότητα αυτή παρατίθενται τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν μέσω των ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων, ενώ καταγράφονται κάποιες χρήσιμες αρχικές παρατηρήσεις.

Για να είναι ευανάγνωστα τα αποτελέσματα, αρχικά παραθέτονται τα γενικά – δημογραφικά στοιχεία της έρευνας και ακολουθούν τα υπόλοιπα αποτελέσματα, τα οποία παραθέτονται ανά ερευνητικό ερώτημα ακολουθώντας την εξής δομή:

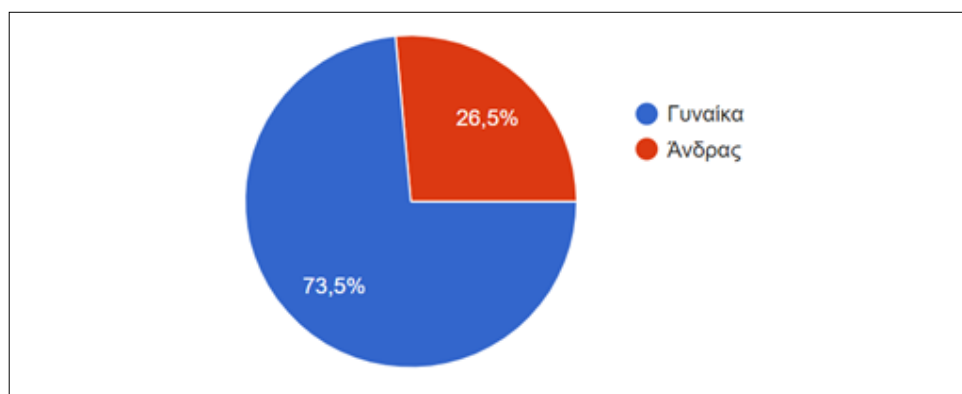
- Περιγραφικά στατιστικά και
- Έλεγχοι συσχέτισης.

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το δείγμα της παρούσας έρευνας (Ερώτηση 1) αποτελείται από 69 υπαλλήλους, από τους οποίους οι 50 ήταν γυναίκες (73,5%), οι 18 ήταν άνδρες (26,5%), ενώ ένα άτομο προτίμησε να μην αναφέρει το φύλο του. (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς το φύλο.

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	ΓΥΝ	50	73,5
	ΑΝΔΡ	18	26,5
	Σύνολο	68	100,0
Missing	System	1	
Σύνολο		69	

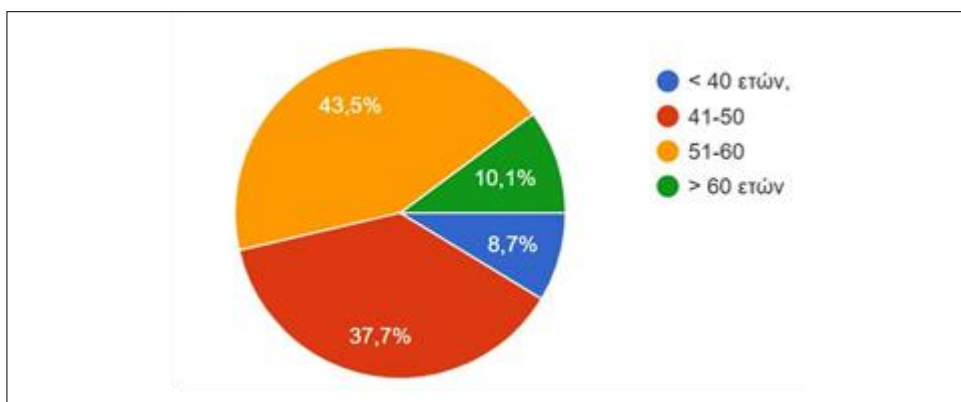


Γράφημα 1. Φύλο.

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων (Ερώτηση 2), προέκυψε ότι η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή μεταξύ των 51 και 60 ετών, σε ποσοστό 43,5% (30 άτομα) και ακολουθεί η ομάδα των 41-50 ετών (26, ή 37,7%). Οι δύο αυτές κατηγορίες υπαλλήλων καλύπτουν το 81,2% των απαντήσεων, ενώ κάτω από 40 και άνω των 60 ετών εμφανίζονται μόνο 6 και 7 άτομα, αντίστοιχα.

Πίνακας 2. Ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού μελέτης.

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	<40	6	8,7
	41-50	26	37,7
	51-60	30	43,5
	>60	7	10,1
	Σύνολο	69	100,0

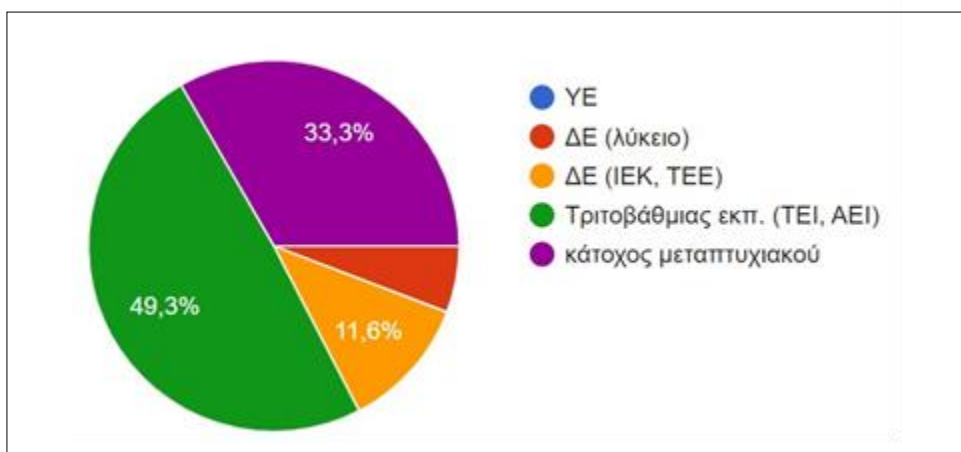


Γράφημα 2. Ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού μελέτης.

Αναφορικά με τη βαθμίδα εκπαίδευσης (Ερώτηση 3) απάντησαν και οι 69 συμμετέχοντες. Προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα αποτελείται από απόφοιτους Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (57, ή 82,6%). Οι υπόλοιποι 12, που απάντησαν, είναι κάτοχοι τίτλου σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ τα δύο τρίτα από τους τελευταίους έχουν αποφοιτήσει από Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (8 άτομα)

Πίνακας 3. Βαθμίδα εκπαίδευσης.

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	ΔΕ	4	5,8
	ΔΕ-ΙΕΚ	8	11,6
	ΤΡΙΤΟΒ	57	82,6
	Σύνολο	69	100,0



Γράφημα 3. Βαθμίδα εκπαίδευσης.

Στην ερώτηση σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση (Ερώτηση 4) απάντησαν οι 67 από τους 69 συμμετέχοντες. Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε πως συζεί με σύζυγο/ σύντροφο (51, ή 73,9%) ή με παιδιά/γονείς (6, ή 8,7%), ενώ 10 άτομα (14,5%) δήλωσαν πως διαμένουν μόνοι τους.

Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση.

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	ΣΥΖΩ	51	73,9
	ΠΑΙΔΙΑ/ΓΟΝΕΙΣ	6	8,7
	ΜΟΝΟΣ/-Η	10	14,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2,9
	Σύνολο	69	100,0

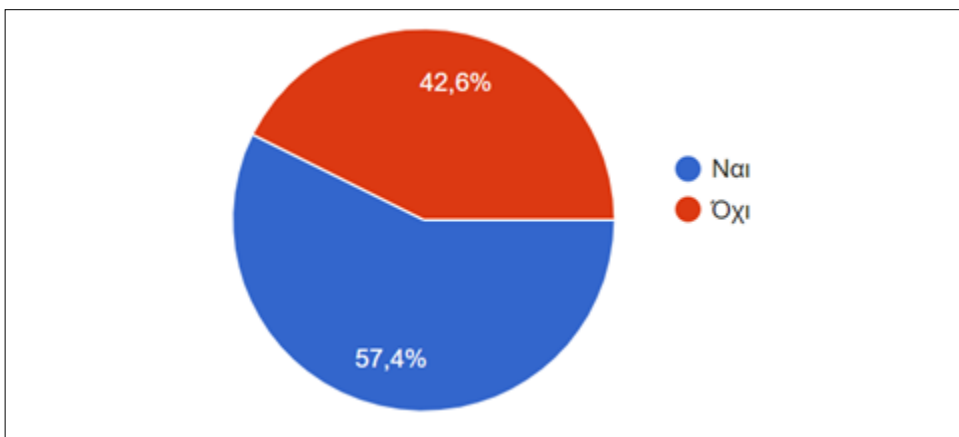


Γράφημα 4. Οικογενειακή κατάσταση.

Στην ερώτηση αν έχουν παιδιά που κατοικούν στο ίδιο σπίτι, απάντησαν και οι 69 συμμετέχοντες, με το 56,5% απ' αυτούς (39 άτομα) να απαντούν θετικά, ενώ ποσοστό 43,5% (30 άτομα) έδωσε αρνητική απάντηση. Η ερώτηση αν έχουν ηλικιωμένους γονείς / συγγενείς που φροντίζουν απαντήθηκε από 68 συμμετέχοντες και οι απαντήσεις παρουσιάζουν αντιστροφή της εικόνας σε σχέση με την ερώτηση για τα παιδιά, με τις αρνητικές απαντήσεις να σημειώνουν προβάδισμα (40 ή 58,8%) έναντι θετικών (28, ή 41,2%).

Πίνακας 5. Υπάρχουν παιδιά στο σπίτι;

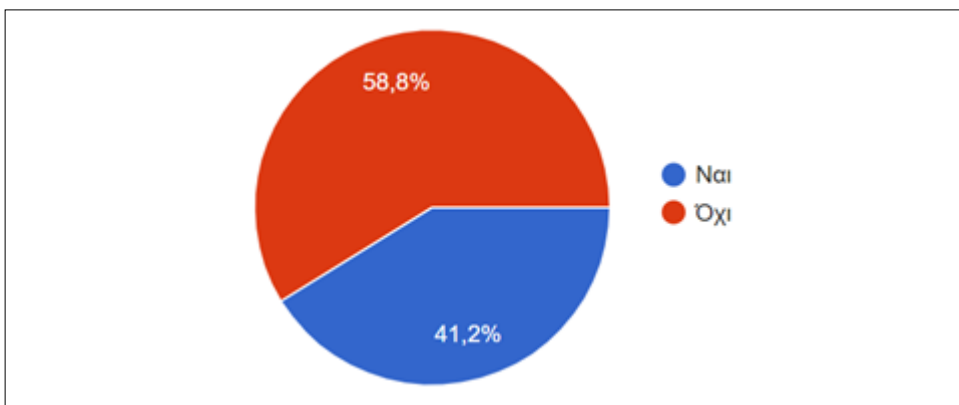
		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	ΝΑΙ	39	57,4
	ΟΧΙ	30	42,6
	Σύνολο	69	100,0



Γράφημα 5. Υπάρχουν παιδιά στο σπίτι;

Πίνακας 6. Έχετε ηλικιωμένους γονείς / συγγενείς που φροντίζετε;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	ΝΑΙ	28	41,2
	ΟΧΙ	40	58,8
	Σύνολο	68	100,0
Missing	System	1	
Σύνολο		69	



Γράφημα 6. Έχετε ηλικιωμένους γονείς / συγγενείς που φροντίζετε;

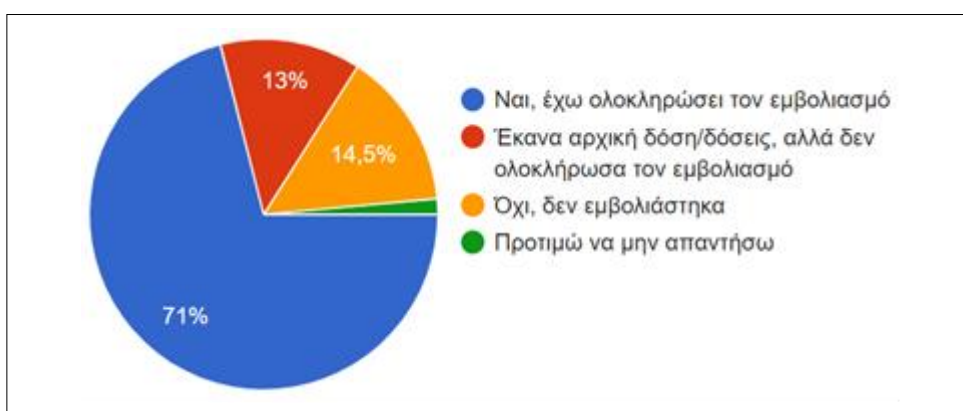
### Περιγραφική Στατιστική

Στην Ερώτηση 7 «Έχετε εμβολιασθεί κατά της COVID-19;» απάντησαν οι 68 από τους 69 ερωτηθέντες υπαλλήλους, με το ποσοστό των εμβολιασμένων να υπερಿಸχύνει σημαντικά απ' αυτό των ανεμβολίαστων. Συγκεκριμένα, οι απαντήσεις “ολοκλήρωσα τον εμβολιασμό” και “εμβολιάσθηκα με την πρώτη

δόση του εμβολίου” συγκεντρώνουν το 71% (49) και 13%(9) αντίστοιχα και συνολικά καλύπτουν ένα ποσοστό 84% (58 άτομα), ενώ ως ανεμβολίαστοι δηλώνουν το 14,5% (10) των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7. Έχετε εμβολιασθεί κατά της COVID-19;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	ΟΛΟΚΛΗΡΟ	49	71,0
	ΑΡΧΙΚΗ ΔΟΣΗ	9	13,0
	ΟΧΙ	10	14,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	1,4
	Σύνολο	69	100,0



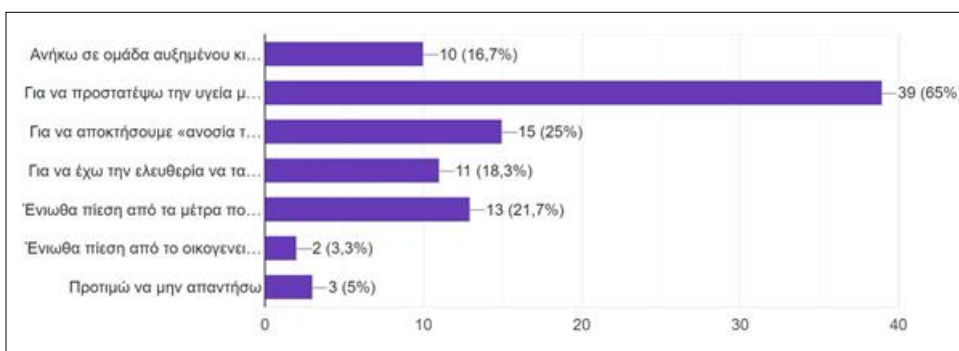
Γράφημα 7. Έχετε εμβολιασθεί κατά της COVID-19;

Στην Ερώτηση 8 «Ο λόγος που αποφασίσατε να εμβολιαστείτε;» από τα 49 άτομα που ολοκλήρωσαν τον εμβολιασμό απάντησαν και οι 49. Σχεδόν το ήμισυ των υπαλλήλων (23 από τους 49) απάντησε ότι εμβολιάστηκε αποκλειστικά για να προστατέψει την υγεία του και των οικείων του, επειδή πιστεύει στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Στην κατηγορία αυτή μπορούν να περιληφθούν και τα άτομα που ανέφεραν περισσότερα από ένα κίνητρο για να συμμετέχουν στον εμβολιασμό, με τις υπόλοιπες απαντήσεις να περιλαμβάνουν:

1. Ανήκω σε ομάδα αυξημένου κινδύνου για σοβαρή λοίμωξη COVID-19 (10 άτομα)
2. Για να προστατέψω την υγεία μου και των οικείων μου (πιστεύω στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου) [39]
3. Για να αποκτήσουμε «ανοσία της αγέλης» ώστε να τελειώσει η πανδημία [15]
4. Για να έχω την ελευθερία να ταξιδεύω χωρίς ταλαιπωρία και περιορισμούς [15]
5. Ένιωθα πίεση από τα μέτρα που επιβλήθηκαν στους ανεμβολίαστους (rapid test με ίδια δαπάνη, περιορισμός εισόδου σε δημόσιους χώρους κλπ.) [12]
6. Ένιωθα πίεση από το οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον.

Πίνακας 8. «Ο λόγος που αποφασίσατε να εμβολιασθείτε;»

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	Missing System	9	13,0
	1	2	2,9
	1,2,3	2	2,9
	1,2,3,4	1	1,4
	1,2,3,4,5	1	1,4
	1,2	3	4,3
	1,4	1	1,4
	2	23	33,3
	2, 3, 4	1	1,4
	2, 3, 4	5	7,2
	2, 3	3	4,3
	3	2	2,9
	4	4	5,8
	4,5	2	2,9
	5	9	13,0
	5,6	1	1,4
	Σύνολο	69	100,0



Γράφημα 8. «Ο λόγος που αποφασίσατε να εμβολιασθείτε;»

Στην Ερώτηση 9 αναφορικά με τους λόγους για τους οποίους κάποιοι συμμετέχοντες δεν έχουν εμβολιαστεί, απάντησαν οι 16 (23,2% του συνόλου συμμετεχόντων) από τους 20 ανεμβολίαστους υπαλλήλους (29% του συνόλου συμμετεχόντων). Τις περισσότερες αναφορές συγκέντρωσε η απάντηση «Μπορεί το εμβόλιο να μην είναι ασφαλές / να έχει παρενέργειες» (11, ή 15,8%), με αμέσως επόμενη να ακολουθεί «Δεν πιστεύω ότι το εμβόλιο έναντι της COVID-19 είναι αποτελεσματικό» (5, ή 7,1%). Από τον συνυπολογισμό των απαντήσεων σε αυτές τις δύο κατηγορίες προκύπτει ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του εμβολίου έναντι της COVID-19 προκαλεί σκεπτικισμό/αμφιβολία στο 22,9% των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα υπαλλήλων. Επίσης, τα αποτελέσματα δείχνουν πως ο ένας στους πέντε ανεμβολίαστους

που απάντησαν έχει νοσήσει με COVID-19, γεγονός που αποτελεί την πιθανή αιτία της αποχής του από τον εμβολιασμό.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τις παρακάτω πιθανές αιτίες του μην εμβολιασμού:

1. Έχω ήδη νοσήσει και όταν περάσει ο χρόνος, θα εμβολιασθώ
2. Έχω ήδη νοσήσει και όταν περάσει ο χρόνος ΔΕΝ θα εμβολιασθώ
3. Έχω προβλήματα υγείας και εξαιρούμαι από τον εμβολιασμό (αλλεργίες κλπ)
4. Μπορεί το εμβόλιο να μην είναι ασφαλές / να έχει παρενέργειες
5. Δεν πιστεύω ότι το εμβόλιο έναντι της COVID-19 είναι αποτελεσματικό
6. Δεν ανήκω στην ομάδα υψηλού κινδύνου, δεν υπάρχει λόγος να εμβολιαστώ
7. Δεν πιστεύω ότι θα κολλήσω την ασθένεια, δεν αρρωσταίνω ποτέ
8. Η νόσος είναι ήπια, σαν απλή γρίπη
9. Δεν υπάρχει νόσος, είναι παραπληροφόρηση
10. Τα εμβόλια αλλοιώνουν το DNA
11. Πολύ αρνητικό κλίμα για το εμβόλιο στο οικογενειακό/ φιλικό μου περιβάλλον
12. Δεν το επιτρέπει η θρησκεία μου/ πεποιθήσεις μου
13. Προτιμώ να μην απαντήσω

Πίνακας 9. Αν δεν έχετε εμβολιασθεί, ποιος είναι ο λόγος που δεν το κάνατε;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	53	76,8
	2	1	1,4
	2, 4, 5	2	2,9
	2, 6	1	1,4
	4	7	10,1
	4, 5	1	1,4
	4, 6	1	1,4
	5	1	1,4
	5, 10	1	1,4
	8	1	1,4
	Σύνολο	69	100,0

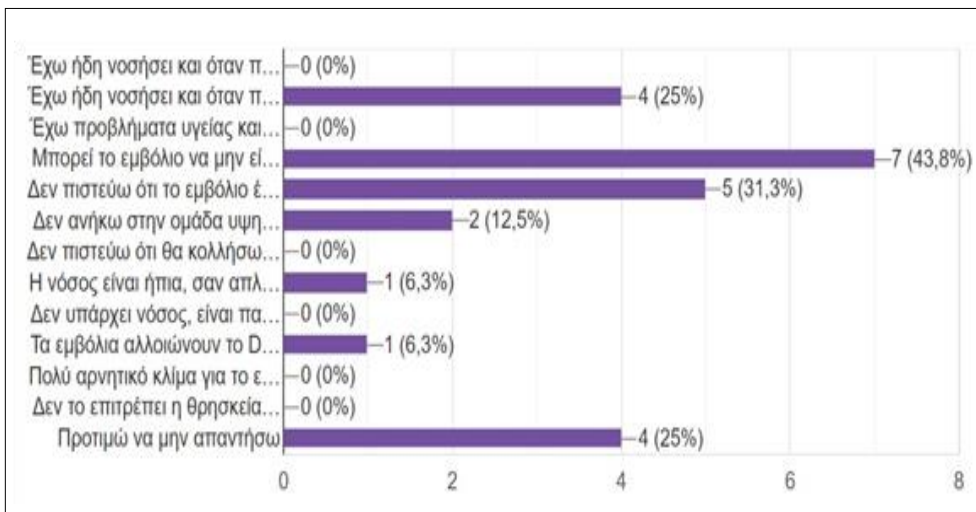
Πίνακας 10. Αν έχετε νοσήσει από COVID-19, η νόσος ήταν:

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	2	3,0
	2	28	42,4
	3	17	25,8
	4	2	3,0
	5	2	3,0
	6	15	22,7
	Σύνολο	66	100,0
Missing	System	3	
Σύνολο		69	





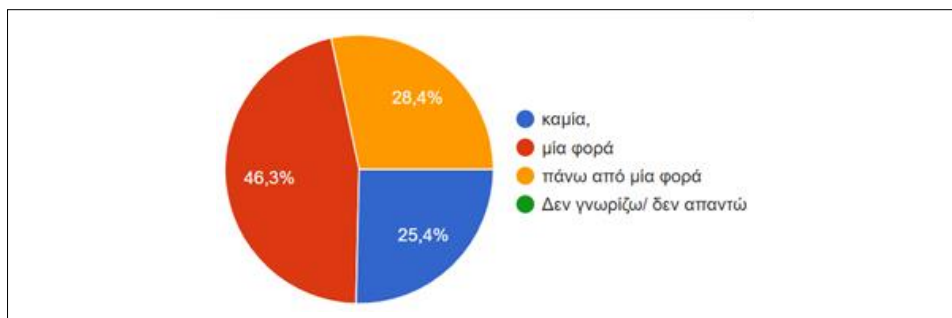
Γράφημα 9. Αν δεν έχετε εμβολιασθεί, ο λόγος που δεν το κάνατε είναι:



Γράφημα 10. Αν έχετε νοσήσει από COVID-19, η νόσος ήταν

Πίνακας 11. Πόσες φορές νοσήσατε από COVID-19;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	17	25,4
	2	31	46,3
	3	19	28,4
	Σύνολο	67	100,0
Missing	System	2	
Σύνολο		69	



Γράφημα 11. Πόσες φορές νοσήσατε από COVID-19;

Στην Ερώτηση 12 «Θεωρείτε ότι η COVID-19 αποτελούσε πραγματικό κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου και τη Δημόσια Υγεία;» απάντησαν και οι 69 υπάλληλοι. Πιο συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (49, ή 71%) αναγνωρίζει την επικινδυνότητα της νόσου COVID-19, με το μέτρο αυτής να κυμαίνεται από «υψηλού βαθμού κίνδυνος» (34, ή 49,3%) έως «μετρίου βαθμού κίνδυνος» (15, ή 21,7%). Αντίθετα, 15 άτομα (21,7%) δήλωσαν πως πιστεύουν ότι η νόσος COVID-19 δεν αποτελεί σοβαρή απειλή για την υγεία του ανθρώπου και τη Δημόσια Υγεία κατ' επέκταση.

Πίνακας 12. Θεωρείτε ότι η COVID-19 αποτελούσε πραγματικό κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου και τη Δημόσια Υγεία;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	34	49,3
	2	15	21,7
	3	12	17,4
	4	3	4,3
	5	5	7,2
	Σύνολο	69	100,0



Γράφημα 12. Θεωρείτε ότι η COVID-19 αποτελούσε πραγματικό κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου και τη Δημόσια Υγεία;

Στην ερώτηση 13 κατά πόσο τηρούσαν τα μέτρα προστασίας για τον κορωνοϊό όπως αυτά προτεινόταν από τους αρμόδιους φορείς, απάντησαν και οι 69 συμμετέχοντες. Από αυτούς οι 31 (44,9%) δήλωσαν ότι πάντα τηρούσαν τα μέτρα, οι 30 (43,5%) «ναι, τις περισσότερες φορές», οι 5 (7,2%) «κάποιες φορές ναι, κάποιες όχι», ο ένας (1,4%) τα τηρούσε «λίγες φορές» και οι 2 (2,9 %) «σπάνια, σχεδόν ποτέ». Στις δύο κατηγορίες απόκρισης «ναι, πάντα» και «ναι, τις περισσότερες φορές» παρατηρείται περίπου το ίδιο υψηλό ποσοστό 44,9% και 43,5%. Συνυπολογίζοντας το ποσοστά των κατηγοριών απόκρισης με θετικό πρόσημο («ναι, πάντα» και «ναι, τις περισσότερες φορές») προκύπτει ότι σε ποσοστό 88,4% των συμμετεχόντων τηρούσαν τα μέτρα, σε αντίθεση με το 11,5% που δήλωσε ότι τηρούσε τα προληπτικά μέτρα κατά της COVID-19 περιστασιακά ή λίγες φορές ή ποτέ.

*Πίνακας 13.* Τηρούσατε τα μέτρα προστασίας για τον κορωνοϊό όπως αυτά προτεινόταν από τους αρμόδιους φορείς;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	31	44,9
	2	30	43,5
	3	5	7,2
	4	1	1,4
	5	2	2,9
	Σύνολο	69	100,0



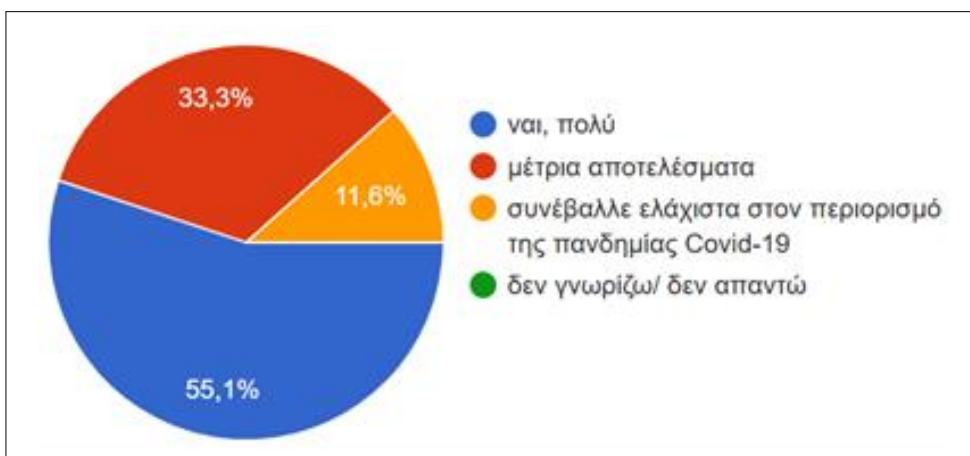
*Γράφημα 13.* Τηρούσατε τα μέτρα προστασίας για τον κορωνοϊό όπως αυτά προτεινόταν από τους αρμόδιους φορείς;

Στην Ερώτηση 14 για το εάν πιστεύουν ότι η εφαρμογή προληπτικών rapid test αποτελεί αποτελεσματικό μέτρο για τον περιορισμό της διασποράς της COVID-19,

απάντησαν και οι 69 συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, οι μισοί ερωτηθέντες επέλεξαν την απάντηση «ναι, πολύ» (38, ή 55,1 %), ενώ η κατηγορία απαντήσεων «μέτρια αποτελέσματα» συγκεντρώνει το 33,3% των απαντήσεων (23 άτομα). Αν στο 33,3% των σκεπτικιστών ως προς την αποτελεσματικότητα των προληπτικών rapid test προστεθεί και το ποσοστό 11,6% (8 άτομα) όσων πιστεύουν πως το μέτρο αυτό συνέβαλε ελάχιστα στον περιορισμό της πανδημίας COVID-19, τότε συνολικά οι δύο κατηγορίες απαντήσεων καταλαμβάνουν ένα ποσοστό 44,9% (31 άτομα).

*Πίνακας 14.* Πιστεύετε ότι η εφαρμογή προληπτικών rapidtest αποτελεί μέτρο που είναι αποτελεσματικό για την περιορισμό της διασποράς της COVID-19;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	38	55,1
	2	23	33,3
	3	8	11,6
	Σύνολο	69	100,0



*Γράφημα 14.* Πιστεύετε ότι η εφαρμογή προληπτικών rapid test αποτελεί αποτελεσματικό μέτρο για την περιορισμό της διασποράς της COVID-19;

Όσον αφορά την Ερώτηση 15 «Πιστεύετε ότι το υποχρεωτικό rapid test με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων υπαλλήλων ήταν δίκαιο μέτρο;» απάντησαν και οι 69 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, η μεγάλη μερίδα των υπαλλήλων (37,7%) δήλωσε ότι τα μέτρα αυτά ήταν άδικοι και καταχρηστικά, με ένα ελαφρώς μικρότερο ποσοστό να θεωρεί πως τα μέτρα ήταν εν μέρη δίκαια (33,3%), ενώ ποσοστό 21,75% απάντησε πως ήταν δίκαιο μέτρο και χρήσιμο για να παρακινήθούν οι ανεμβολίαστοι.

Πίνακας 15. Πιστεύετε ότι το υποχρεωτικό rapid test με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων υπαλλήλων ήταν δίκαιο μέτρο;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	15	21,7
	2	23	33,3
	3	26	37,7
	4	5	7,2
	Σύνολο	69	100,0



Γράφημα 15. Πιστεύετε ότι το υποχρεωτικό rapid test με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων υπαλλήλων ήταν δίκαιο μέτρο;

Στην Ερώτηση 16 «Πώς η υποχρεωτικότητα των rapid test και η οικονομική επιβάρυνση επηρεάζουν τις ατομικές ελευθερίες του ατόμου;» απάντησαν και οι 69 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, ένα ικανό ποσοστό των συμμετεχόντων θεωρεί πως η εφαρμογή των υποχρεωτικών υγειονομικών μέτρων θίγει τις ατομικές ελευθερίες (41, ή 59,4%), ενώ οι μισοί από αυτούς διευκρινίζουν πως παρόλα αυτά, τα οφέλη υπερτερούν, καθώς παρέχεται η δυνατότητα να παρακινήθούν προς τον εμβολιασμό οι αναποφάσιστοι πολίτες για την προστασία της υγείας της κοινωνίας κλπ.

Πίνακας 16. Πώς η υποχρεωτικότητα των rapid test και η οικονομική επιβάρυνση επηρεάζουν τις ατομικές ελευθερίες του ατόμου;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	20	29,0
	2	21	30,4
	3	24	34,8
	4	4	5,8
	Σύνολο	69	100,0

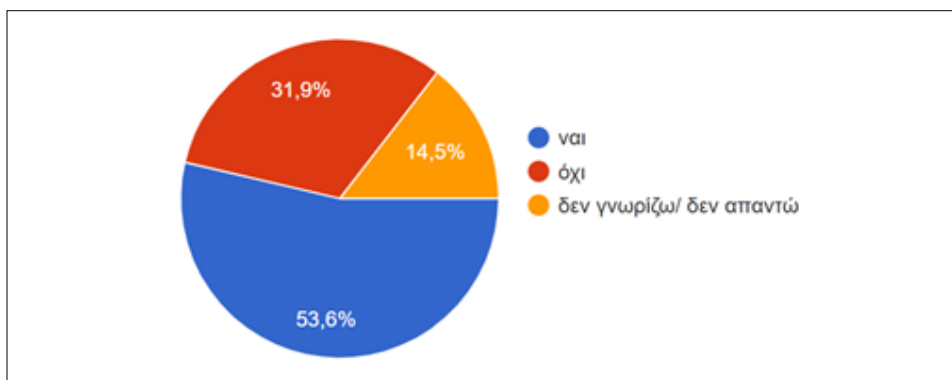


Γράφημα 16. Πώς η υποχρεωτικότητα των rapid test και η οικονομική επιβάρυνση επηρεάζουν τις ατομικές ελευθερίες του ατόμου;

Στην Ερώτηση 17 «Κατά τη γνώμη σας, το Κράτος νομιμοποιείται να εφαρμόζει υγειονομικά μέτρα που ενδεχομένως δύναται να περιορίσουν ατομικές ελευθερίες των πολιτών;» απάντησαν και οι 69 υπάλληλοι. Πιο συγκεκριμένα, πάνω από τους μισούς υπαλλήλους που απάντησαν (37 ή 53,6%) δήλωσαν «Ναι», ενώ 22 άτομα (31,9%) απάντησαν «όχι». Ένα σημαντικό μέρος τους (10 υπάλληλοι ή ποσοστό 14,5%) απάντησε ότι δεν γνώριζε.

Πίνακας 17. Κατά τη γνώμη σας, το Κράτος νομιμοποιείται να εφαρμόζει υγειονομικά μέτρα που ενδεχομένως δύναται να περιορίσουν ατομικές ελευθερίες;

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	37	53,6
	2	22	31,9
	3	10	14,5
	Σύνολο	69	100,0

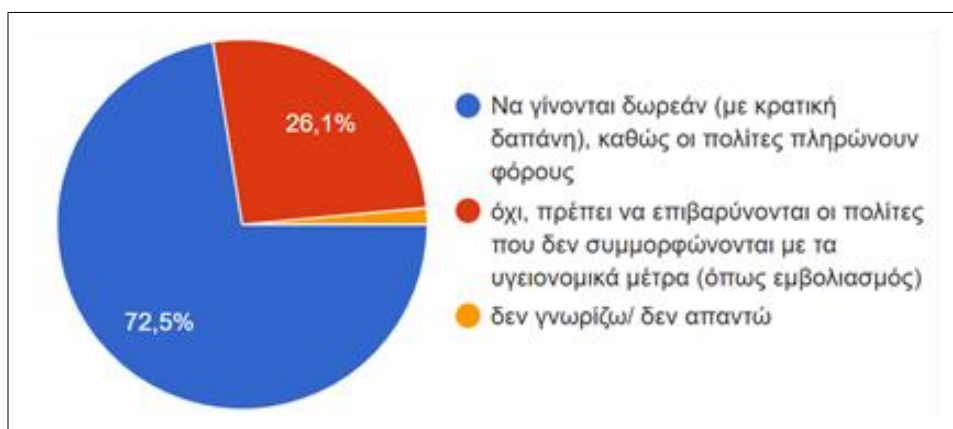


Γράφημα 17. Κατά τη γνώμη σας, το Κράτος νομιμοποιείται να εφαρμόζει υγειονομικά μέτρα που ενδεχομένως δύναται να περιορίσουν ατομικές ελευθερίες;

Στην Ερώτηση 18 «Πιστεύετε ότι τα υποχρεωτικά υγειονομικά μέτρα όπως rapid test για ανίχνευση COVID-19 πρέπει να γίνονται», η κατηγορία απαντήσεων «Να γίνονται δωρεάν (με κρατική δαπάνη), καθώς οι πολίτες πληρώνουν φόρους» συγκεντρώνει το 72,5% των απαντήσεων. Ποσοστό 26,1% θεωρεί ότι το κόστος διεξαγωγής των υγειονομικών μέτρων πρέπει να επιβαρύνονται οι πολίτες που δεν συμμορφώνονται με τα υγειονομικά μέτρα (όπως εμβολιασμός), ενώ το 1,4% έδωσε απάντηση «δεν γνωρίζω / δεν απαντώ».

*Πίνακας 18.* Πιστεύετε ότι τα υποχρεωτικά υγειονομικά μέτρα όπως rapid test για ανίχνευση COVID-19 πρέπει να γίνονται:

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	50	72,5
	2	18	26,1
	3	1	1,4
	Σύνολο	69	100,0

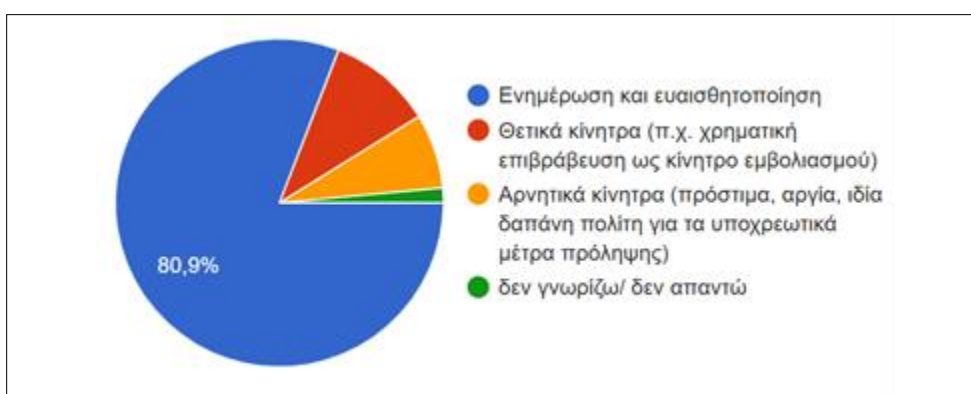


*Γράφημα 18.* Πιστεύετε ότι τα υποχρεωτικά υγειονομικά μέτρα όπως rapid test για ανίχνευση COVID-19 πρέπει να γίνονται:

Στην Ερώτηση 19 «Πιστεύετε ότι η συμμόρφωση με τα υγειονομικά μέτρα προς αποφυγή εξάπλωσης μιας νόσου θα επιτυγχάνεται καλύτερα με:» απάντησαν οι 68 από τους 69 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των υπαλλήλων (55, ή 80,9%) φαίνεται ότι πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης. Οι οπαδοί των δραστικών μέτρων εκ μέρους του Κράτους, είτε θετικών είτε αρνητικών, έχουν μικρή διαφορά μεταξύ τους, με επτά (7) υπαλλήλους (10,3%) να δηλώνουν ότι η πρόληψη επιτυγχάνεται καλύτερα με θετικά κίνητρα (π.χ χρηματική επιβράβευση σε περίπτωση εμβολιασμού) και πέντε (5) υπάλληλοι να τάσσονται υπέρ της λήψης τιμωρητικών μέτρων, όπως πρόστιμα, αργία κλπ (7,4%).

Πίνακας 19. Πιστεύετε ότι η συμμόρφωση με τα υγειονομικά μέτρα προς αποφυγή εξάπλωσης μιας νόσου θα επιτυγχάνεται καλύτερα με:

		Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Valid	1	55	80,9
	2	7	10,3
	3	5	7,4
	4	1	1,5
	Σύνολο	68	100,0
Missing	System	1	
Σύνολο		69	



Γράφημα 19. Πιστεύετε ότι η συμμόρφωση με τα υγειονομικά μέτρα προς αποφυγή εξάπλωσης μιας νόσου θα επιτυγχάνεται καλύτερα με:

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με την παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις και οι στάσεις των μόνιμων δημοσίων υπαλλήλων απέναντι στις κρατικές παρεμβάσεις, οι οποίες με τη μορφή υποχρεωτικών μέτρων, είχαν σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας, καθώς και οι παράγοντες που ενδεχομένως τις επηρεάζουν και τις διαφοροποιούν. Ως παράδειγμα τέτοιας ενέργειας είχε επιλεγεί ο υποχρεωτικός διαγνωστικός έλεγχος νόσησης με COVID-19 (rapid test) που εφαρμόστηκε στη χώρα μας στη διάρκεια της πανδημίας [130]. Ειδικότερα, πρόκειται για υποχρεωτική διαγνωστική δοκιμασία, που πραγματοποιούνταν με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων εργαζομένων, του εκάστοτε φορέα.

Για το σκοπό αυτό διανεμήθηκε με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ερωτηματολόγιο στο σύνολο του μόνιμου προσωπικού της Περιφερειακής Ενότητας Έβρου της



Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης (ΠΑΜΘ) και συλλέχθηκαν 69 συμπληρωμένα αντίγραφα από υπαλλήλους, που συμμετείχαν στην έρευνα.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας απέδειξε πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (όπως το φύλο, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο) συμβαδίζουν με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης και συγκεκριμένα των μόνιμων υπαλλήλων του Ελληνικού Δημοσίου τομέα, επιτρέποντας σε ένα βαθμό τα συμπεράσματα να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά σε σχέση με τις τάσεις που εμφανίζονται στο σύνολο.

Στην καταγραφή των απαντήσεων αναφορικά με την ολοκλήρωση του εμβολιασμού κατά της COVID-19 (ερώτηση 7) παρατηρήθηκε ότι πάνω από δύο τρίτα του δείγματος μελέτης (71% ή 49 άτομα) έχουν ολοκληρώσει το συνιστώμενο εμβολιαστικό σχήμα και το 13% (9 άτομα) πραγματοποίησαν την πρώτη δόση, ανεβάζοντας το ποσοστό των εμβολιασμένων στο 84% (58 άτομα), ενώ ποσοστό 14,5% (11 άτομα) αντιστοιχεί σε ανεμβολίαστους. Τα ως άνω ευρήματα συμφωνούν με εκείνα παρόμοιων ερευνών σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού κατά της COVID-19 που αναφέρουν ποσοστά από 72% έως 73,6% [131, 132], αλλά και με τα επίπεδα εμβολιασμού στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (73,3%) [132].

Στην ερώτηση για τους λόγους που τους παρακίνησαν να εμβολιαστούν (ερώτηση 8), σχεδόν οι μισοί εμβολιασμένοι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχαν πειστεί για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (23 από τα 49 εμβολιασμένα άτομα του δείγματος). Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία από αυτούς είχαν ως κύριο επιχείρημα την απόκτηση ανοσίας για την προστασία της υγείας των οικείων τους (39 από τα 49 εμβολιασμένα άτομα του δείγματος) και συγκεκριμένα ευαίσθητων ομάδων, όπως οι ηλικιωμένοι και παιδιά. Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξε και η έρευνα των *Bouloukaki* και συν. (2023) που κατατάσσουν την πεποίθηση για την ασφάλεια του εμβολίου και τη συγκατοίκηση με άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου στους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού κατά της COVID-19 [131].

Στην ερώτηση αναφορικά με τους λόγους για τους οποίους δεν έχουν εμβολιασθεί (ερώτηση 9), η πλειοψηφία (11 από τους συνολικά 16 ανεμβολίαστους συμμετέχοντες) απάντησε πως είχαν αμφιβολίες για την ασφάλεια του εμβολίου ή πίστευαν πως το εμβόλιο θα έχει παρενέργειες, ενώ το ένα τρίτο των ανεμβολίαστων υπαλλήλων δήλωσε ότι δεν πιστεύει στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου έναντι της COVID-19 (5 από το σύνολο των 16 ανεμβολίαστων). Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε αντιστοιχία με τα αποτελέσματα της έρευνας των *Bouloukaki* και συν. (2023), που μελέτησαν τους παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση για εμβολιασμό κατά της COVID-19 [131]. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι το 80% των ανεμβολίαστων ατόμων είχαν επιφυλάξεις για την ασφάλεια του παραπάνω εμβολίου, όπως και φόβο για πιθανές παρενέργειες που θα

προέκυπταν εξαιτίας του εμβολιασμού. Επίσης, η διστακτικότητα εμβολιασμού για λόγους που άπτονται της ασφάλειας του εμβολίου έχει αναδειχθεί σε ικανό αριθμό μελετών της προ COVID-19 εποχής [133, 134, 135].

Αναφορικά με την ερώτηση για τον βαθμό επικινδυνότητας της COVID-19 (ερώτηση 12), οι συμμετέχοντες στη μεγάλη τους πλειοψηφία (49 άτομα, ή 71%) δήλωσαν πως η νόσος αυτή συνιστούσε υπαρκτή απειλή για την υγεία του ανθρώπου και τη Δημόσια Υγεία, με τα δύο τρίτα από αυτούς (34 άτομα, ή 49,3%) να τη χαρακτηρίζουν «υψηλού βαθμού κίνδυνος» και το 21,7% να πιστεύουν πως ο κίνδυνος υπάρχει, αλλά είναι μάλλον υπερεκτιμημένος. Αντίθετα, βρέθηκε πως το ένα πέμπτο των συμμετεχόντων (21,7%) δεν θεωρεί τη νόσο COVID-19 σοβαρή απειλή για την υγεία του ανθρώπου και τη Δημόσια Υγεία, κατ' επέκταση. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αντίστοιχα με εκείνα πολλών διεθνών ερευνών παρόμοιας θεματολογίας, οι οποίες στην πλειοψηφία τους έχουν καταλήξει σε σχεδόν παρόμοια συμπεράσματα [136, 137, 138, 139].

Ωστόσο, σε κάποιες χώρες έχει παρατηρηθεί πολύ χαμηλή αντίληψη κινδύνου αναφορικά με τη εν θέματι νόσο. Ειδικότερα, στην Αυστραλία, ενώ υπάρχει μια ικανή μερίδα ερωτηθέντων (46,7%) η οποία αξιολογεί την απειλή που συνιστά η πανδημία ως μέτρια, το ποσοστό εκείνων που πιστεύουν ότι η COVID-19 συνιστά μεγάλη απειλή ήταν μόλις 5% [140].

Επίσης, οι Akesson και συν. (2022) έχουν βρει πως όσο πιο ισχυρή ήταν η πεποίθηση των ατόμων για την επικινδυνότητα της COVID-19, τόσο λιγότερο πρόθυμοι έδειχναν αναφορικά με την τήρηση των προληπτικών μέτρων (ένα είδος συμπεριφοράς που οι ως άνω συγγραφείς έχουν ονομάσει «φαινόμενο της μοιρολατρίας» (fatality effect) [141].

Στην ερώτηση αναφορικά με την τήρηση των μέτρων προστασίας για τον κορονοϊό όπως αυτά προτείνονταν από τους αρμόδιους φορείς (ερώτηση 13), η συντριπτική πλειοψηφία (88,4% των συμμετεχόντων) τηρούσε τα μέτρα. Απ' αυτούς οι 31 (44,9%) τα τηρούσαν ανελλιπώς και οι 30 (43,5%) τα τηρούσαν τις περισσότερες φορές, ενώ ένα περιορισμένο ποσοστό 11,5% ανέφερε ότι τηρούσε τα προληπτικά μέτρα κατά της COVID-19 περιστασιακά ή λίγες φορές ή ποτέ. Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα μεγάλης έρευνας των Wafula και συν. (2022), που διεξήχθη το έτος 2021 στον πληθυσμό της Ουγκάντας, η οποία σε ποσοστό 89,7% κατέδειξε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν θετική αντίληψη για τα προληπτικά μέτρα για τον COVID-19, ενώ μόνο 57,8% από αυτούς είχαν εμβολιασθεί ή είχαν πρόθεση να εμβολιαστούν με εμβόλιο κατά της COVID-19 [142].

Οι απόψεις για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των προληπτικών rapid test για τον περιορισμό της διασποράς της COVID-19 κατανέμονται σχεδόν ισομερώς σε δύο ομάδες. Συγκεκριμένα, λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (55,1%) πιστεύουν πως συνέβαλλε πολύ, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 44,9% απάντησε πως τα rapid test είχαν «μέτρια αποτελέσματα» (33,3% των απαντήσεων)

ή πως το μέτρο αυτό συνέβαλε ελάχιστα στον περιορισμό της πανδημίας COVID-19 (11,6%). Τα ευρήματα αυτά διαφοροποιούνται από τα δεδομένα ερευνών του εξωτερικού, όπου έχει βρεθεί ότι η μεγάλη μερίδα των συμμετεχόντων πιστεύει πως η χρήση των διαγνωστικών rapid test αποτελεί σπουδαίο μέτρο έναντι της πανδημίας [143, 144, 145, 146, 147].

Αναφορικά με το δίκαιο της επιβολής του υποχρεωτικού διαγνωστικού ελέγχου rapid test, με ίδια δαπάνη των ανεμβολίαστων υπαλλήλων, με σκοπό τον περιορισμό της διάδοσης της COVID-19 (ερώτηση 15), από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως, η μεγάλη πλειοψηφία δεν θεωρεί το μέτρο αυτό απόλυτα δίκαιο (71,1%). Συγκεκριμένα, ποσοστό 37,7% και 33,3% αντίστοιχα, προέρχεται από αυτούς που πιστεύουν ότι το μέτρο αυτό εκτός από άδικο/καταχρηστικό είναι και εν μέρη άδικο, ενώ ένα περιορισμένο ποσοστό 21,75% το θεωρεί σαν ένα δίκαιο και επωφελές για τη κοινωνία μέτρο, που συνέβαλε στην παρακίνηση των ανεμβολίαστων πολιτών και στη προώθηση του εμβολιασμού κατά της COVID-19.

Σχετικά με τον περιορισμό των ατομικών ελευθεριών από την εφαρμογή των υγειονομικών μέτρων (ερώτηση 16), σχεδόν τα δύο τρίτα των απαντήσεων (41, ή 59,4%) αποδέχονται πως η υποχρεωτικότητα των διαγνωστικών rapid test για την ανίχνευση COVID-19 και η οικονομική επιβάρυνση επηρεάζουν τις ατομικές ελευθερίες του ατόμου. Εντούτοις, οι μισοί από τους παραπάνω αποσαφηνίζουν πως θεωρούν ότι τα μέτρα είναι περισσότερο επωφελή, παρά επιζήμια, καθώς αυξάνουν τη συμμόρφωση των πολιτών με τις πολιτικές προστασίας της Δημόσιας Υγείας, προασπίζοντας την Υγεία του κοινωνικού συνόλου. Παρατηρήθηκε δε, ότι την παραπάνω άποψη συμμερίζονται σχεδόν αποκλειστικά όσοι δήλωσαν ότι έχουν εμβολιασθεί. Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε συμφωνία με εκείνες άλλων σχετικών μελετών, στις οποίες έχει βρεθεί πως τα άτομα που συμμορφώνονται με τις οδηγίες των υγειονομικών αρχών κατακρίνουν ηθικά τους μη εμβολιασμένους για παραβίαση ενός κοινωνικού συμβολαίου εν μέσω κρίσης [148, 149, 150, 151, 152, 153, 154].

Αναφορικά με την άποψη για το αν το Κράτος νομιμοποιείται να εφαρμόζει υγειονομικά μέτρα που ενδεχομένως δύνανται να περιορίσουν ατομικές ελευθερίες των πολιτών (ερώτηση 17), απάντησαν θετικά το 47,8%, ένα σημαντικό ποσοστό 31,9% απάντησε «όχι», ενώ το 14,5% δήλωσε ότι σε γνωρίζει ή δεν επιθυμεί να απαντήσει στην ως άνω ερώτηση. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα αναφορών σχετικά με τη σημασία της νομιμότητας των κρατικών μέτρων και για τη θετική της συσχέτιση με τη συμμόρφωση του πληθυσμού με τα μέτρα αυτά [155]. Επιπλέον, οι Jackson και συν. (2012) τονίζουν ότι ο κύριος λόγος που οι άνθρωποι υπακούουν στο νόμο είναι η πεποίθηση ότι οι θεσμοί έχουν τη νόμιμη εξουσία για να τον επιβάλλουν [156].

Στην ερώτηση σχετικά με την κάλυψη των δαπανών για τα υποχρεωτικά υγειονομικά μέτρα όπως rapid test για την ανίχνευση της COVID-19 (ερώτηση

18), η ευρεία πλειοψηφία των ερωτηθέντων (72,5%) απάντησε ότι πρέπει να γίνονται δωρεάν (με κρατική δαπάνη), καθώς οι πολίτες πληρώνουν φόρους. Αντίθετη άποψη εκφράζει το 26,1% των συμμετεχόντων που θεωρεί ότι τα άτομα που δεν συμμορφώνονται με τα υγειονομικά μέτρα (όπως εμβολιασμός), πρέπει να επιβαρύνονται με το κόστος διεξαγωγής των λοιπών υγειονομικών μέτρων που συμβάλλουν στον περιορισμό της απειλής για τη Δημόσια Υγεία. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις προαναφερόμενες βιβλιογραφικές πηγές, όπου τεκμηριώνεται ότι οι άνθρωποι τείνουν να εκφράζονται υπέρ των τιμωρητικών μέτρων για τους παραβάτες των νόμων και τον κανόνων της κοινωνίας [148, 149, 150, 151, 152, 153, 154].

Ως προς τις παρεμβάσεις από την πλευρά των κρατικών Αρχών ώστε να αυξηθεί η συμμόρφωση με τα υγειονομικά μέτρα, προς αποφυγή εξάπλωσης μιας νόσου (ερώτηση 19), η ευρεία πλειοψηφία των υπαλλήλων (55, ή 80,9%) φαίνεται ότι πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης. Επίσης, οι απαντήσεις κατέδειξαν ότι σχεδόν το ένα πέμπτο των συμμετεχόντων (17,4%) τάσσονται υπέρ των περισσότερο δραστικών μέτρων εκ μέρους του Κράτους, είτε θετικών είτε αρνητικών, με τους 10,3% να επιλέγει θετικά κίνητρα (π.χ. χρηματική επιβράβευση σε περίπτωση εμβολιασμού) και σε ποσοστό 7,4% να θεωρεί ότι τα τιμωρητικά μέτρα για τους παραβάτες των υγειονομικών μέτρων (πρόστιμα, αναστολή υπηρεσιακών καθηκόντων κλπ.), είναι περισσότερο αποτελεσματικά.

Αξιζει να επισημανθεί ότι πληθώρα μελετών που διεξήχθησαν σε χώρες του εξωτερικού έχουν τεκμηριώσει ότι η εκπαίδευση και η παρακίνηση του πληθυσμού αναφορικά με τα μέτρα πρόληψης (συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού), είναι περισσότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με μέτρα καταναγκασμού ή τιμωρίας, π.χ. περιφρόνηση, πρόστιμα, φυλάκιση, ακόμη και αστυνομική βία [126, 127, 128].

Ωστόσο, υπάρχουν ερευνητές όπως οι *Niavis* και συν. (2021), που διατείνονται ότι τα πρόστιμα, όταν επιβάλλονται σωστά, έχουν αναγνωριστεί από καιρό ως πολύ αποτελεσματικά μέσα για την ενίσχυση της συμμόρφωσης των πολιτών [42]. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται από τα ευρήματα της έρευνας των *Chae* και *Park* (2020) που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι πολίτες επιδεικνύουν υψηλότερη συμμόρφωση σε πολιτικές lockdown, όταν οι παραβάτες με πρόστιμα [157]. Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζουν και οι *Wright* και συν. (2021) για το Ηνωμένο Βασίλειο και συγκεκριμένα ότι όταν εφαρμόζονται αυστηρότερα μέτρα οι πολίτες τηρούν τα μέτρα πρόληψης υγείας [158].

Υπέρ της εφαρμογής περισσότερο αυστηρών μέτρων εμφανίζονται και τα αποτελέσματα της μελέτης των *Gelfand* και συν. (2021), οι οποίοι διατείνονται πως οι χώρες με αυστηρότερα τιμωρητικά μέτρα είχαν λιγότερα κρούσματα και θανάτους από COVID-19 σε σύγκριση με τις χώρες με περισσότερο «δημοκρατική» προσέγγιση [159].

Ως προς την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών και συμπεριφορικών μεταβλητών στις απόψεις σε σχέση με τα επιβαλλόμενα από το Κράτος υγειονομικά μέτρα, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε μόνο δύο παράγοντες που να σχετίζονται σημαντικά με τις συμπεριφορές και κατ' επέκταση τη συμμόρφωση με τα μέτρα αυτά. Συγκεκριμένα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία και επίπεδο μόρφωσης δεν φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τη συμμόρφωση με τα μέτρα περιορισμού της πανδημίας. Τα αποτελέσματα αυτά διαφοροποιούνται από τα δεδομένα σχετικών βιβλιογραφικών πηγών, καθώς παρόμοιες έρευνες έχουν βρει πως οι γυναίκες σε μεγαλύτερο βαθμό τηρούν τα υγειονομικά πρωτόκολλα λόγω της εγγενούς τάσης τους να επιδεικνύουν κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά [132, 160, 161]. Παρά το γεγονός, ότι σειρά μελετών στην εγχώρια και στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζει πως το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί τον σημαντικό καθοριστικό παράγοντα για την μεγαλύτερη συμμόρφωση με τα υγειονομικά μέτρα [132, 162, 163], στην παρούσα έρευνα το στοιχείο αυτό δεν προκύπτει να σχετίζεται σημαντικά με τον βαθμό τήρησης των παραπάνω μέτρων ή τις απόψεις αναφορικά με αυτά.

Ένα από τα λίγα στοιχεία που παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την τήρηση των υγειονομικών μέτρων, είναι η συγκατοίκηση ή υποχρέωση για φροντίδα του ηλικιωμένου συγγενή. Αυτό φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για να ακολουθεί κανείς τις συστάσεις των υγειονομικών Αρχών και το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με εκείνα παρόμοιων μελετών [131]. Τέλος, ο εφησυχασμός και η χαμηλή αντίληψη για την επικινδυνότητα της νόσου σχετίζονται άμεσα με τη μη συμμόρφωση στα μέτρα που επέβαλε η Πολιτεία για την προστασία της υγείας των πολιτών.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα περισσότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνάδουν με τα ευρήματα της μέχρι τώρα βιβλιογραφίας με κάποιες εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι εμβολιάστηκαν για να συνδράμουν στο να τελειώσει η πανδημία και πιστεύει πως η ενημέρωση πληθυσμού φέρνει καλύτερη συμμόρφωση σε σχέση με τα υγειονομικά μέτρα, ενώ σε προηγούμενες παρόμοιες μελέτες το πιο κοινό κίνητρο για εμβολιασμό ήταν η προστασία πρωτίστως της ατομικής υγείας [164], ενώ σε ένα μεγάλο ποσοστό 33% η χρηματική αμοιβή θα αποτελούσε σημαντικό κίνητρο για εμβολιασμό [165].

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Azari R.** and **Borisch B.** (2023). What is public health? a scoping review. *Archives of Public Health.* **81**(1):86.
2. **Schneider M.J.** and **Schneider B.** (2017). Introduction to Public Health. 5th edition. *Ed. Jones and Bartlett Learning.* Burlington, MA.
3. **Coggon J.** (2023). What Is Public Health? London: *Faculty of Public Health.*
4. **Vitiello L., Ilari S., Sansone L., Belli M., Cristina M., Marcolongo F., Tomino C., Gatta L., Mollace V., Bonassi S., Muscoli C.** and **Russo P.** (2022). Preventive Measures against Pandemics from the Beginning of Civilization to Nowadays-How Everything Has Remained the Same over the Millennia. *Journal of Clinical Medicine.* **11**(7):1960.
5. **Fidler D.P., Gostin L.O.** and **Markel H.** (2007). Through the Quarantine Looking Glass: Drug-Resistant Tuberculosis and Public Health Governance, Law, and Ethics. *Journal of Law, Medicine and Ethics.* **35**(4):616-628.
6. **McEvedy C.** (1988). The bubonic plague. *Scientific American.* **258**(2):118-23.
7. **Tognotti E.** (2013). Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerging Infectious Diseases.* **19**(2):254-259.
8. **Small M.** (2020). The Advancement of Health Care in Medieval Venice. *History News Network.* 12.06.2020.
9. **Sehdev P.S.** (2002). The origin of quarantine. *Clin. Infect. Dis.* **35**:1071-1072.
10. **Ziegler P.** and **Platt C.** (1998) *The Black Death.* 2nd ed. London. Penguin.
11. **Toner J.M.** (1873). The distribution and natural history of yellow fever as it has occurred at different times in the United States. Annual report of the supervising surgeon for the fiscal year 1873. Washington (DC): United States MarineHospitalService. p. 78-96.
12. **Morris R.J.** (1976). *Cholera 1832: the social response to an epidemic.* New York. Ed. Holmes and Meier.
13. **Taubenberger J.K.** and **Morens D.M.** (2006). 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Emerg Infect Dis.* **12**(1):15-22.
14. **World Health Organization - WHO.** (2020). Emergency Committee. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: WHO (30 January 2020).
15. **World Health Organization - WHO.** (2020). COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum.
16. **OECD.** (2020a). Flattening the covid-19 peak: Containment and mitigation policies, Policy Brief. *OECD Publishing.* Paris.
17. **Clark A., Jit M., Warren - Gash C., Guthrie B.** et al. (2020). Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health.* **8**(8):e1003-e1017.
18. **Hadian M., Mazaheri E.** and **Jabbari A.** (2021). Different Approaches to Confronting the Biological Epidemic; Prevention Tools with an Emphasis on COVID-19: A System-ized Study. *Int J Prev Med.* **29**(12):127.

19. **Viseltear A.J.** (1982). C.-E.A. Winslow and the early years of public health at Yale, 1915-1925. *Yale J Biol Med.* **55**(2):137-51.
20. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2003). Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197/τ.Α/197/06.08.2003) «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».
21. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2005). Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176/τ.Α/11.07.2005) «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές Διατάξεις».
22. **Hunter D.** (2003). *Public Health Policy.*
23. **Τούντας Γ.** (2000). Κοινωνία και υγεία. Αθήνα. Εκδ. *Νέα Υγεία.*
24. **Parsons T.** (1979). Definitions of Health and Illness in the Light of the American Values and Social Structure, In: **Jaco E.** and **Gartley E.** (eds.). *Patients, Physicians and Illness: A Resource Book in Behavioral Science and Health.* Ed. *Collier - Macmillan.* London. pp. 165-187.
25. **Kelman S.** (1975) The Social Nature of the Definition Problem in Health. *International Journal of Health Services.* **5**:625-642.
26. **Verweij M.** and **Dawson A.** (2007). The meaning of 'public' in 'public health'. In: **Dawson A.** and **Verweij M.** (eds.). *Ethics, Prevention and Public Health.* p. 21 Oxford. *Oxford University Press.*
27. **Mold A., Clark P., Millward G.** and **Payling D.** (2019). The public and public health. In: *Placing the public in public health in post-war Britain, 1948-2012.* Ed. *Springer International Publishing.*
28. **Bjørn Jensen L., Lukic I.** and **Gulis G.** (2018). The Delivery of Health Promotion and Environmental Health Services; Public Health or Primary Care Settings? *Healthcare (Basel).* **6**(2):42.
29. **Rickles D.** (2011). Public health. In: Gifford F. *Handbook of the philosophy of science, philosophy of medicine.* Ed. *North-Holland.* pp. 523-572.
30. **Rothstein M.A.** (2002). Rethinking the meaning of public health. *J Law Med Ethics.* **30**(2):144-149.
31. **Edemekong P.F.** and **Tenny S.** (2022). Public Health. In: StatPearls. Treasure Island (FL). *StatPearls Publishing.*
32. **World Health Organization - WHO.** (2023). Occupational health.
33. **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.** (2023). Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία.
34. **Intergovernmental Panel on Climate Change - IPCC.** (2019) Summary for Policymakers. In: **Pörtner H.O., Roberts D.C., Masson-Delmotte V., Zhai P., Tignor M., Poloczanska E., Mintenbeck K., Nicolai M., Okem A., Petzold J., Rama B.** and **Weyer N.** (eds.). *IPCC Special Report on the Ocean and Cryosphere in a Changing Climate.*
35. **Altevogt B.M., Pope A.M., Hill M.N.** and **Shine K.I.** (2008). Research Priorities in Emergency Preparedness and Response for Public Health Systems: A Letter Report. Washington, DC. *Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy.* p 13.
36. **Khatri R.B., Endalamaw A., Erku D.** et al.(2023). Preparedness, impacts, and re-sponses of public health emergencies towards health security: qualitative synthesis of evidence. *Arch Public Health.* **81**:208.
37. **World Health Organization - WHO.** (2023). Health emergencies.

38. **National Institute of Health, Office of Disease Prevention.** (2020). Prevention research defined.
39. **van Seventer J.M. and Hochberg N.S.** (2017). Principles of Infectious Diseases: Transmission, Diagnosis, Prevention, and Control. *International Encyclopedia of Public Health*. p. 22-39.
40. **World Health Organization - WHO.** (2021) Contact tracing in the context of COVID-19. Geneva.
41. **Institute of Medicine.** (2000). Public Health Systems and Emerging Infections: Assessing the Capabilities of the Public and Private Sectors: Workshop Summary. In: Davis J.R., Lederberg J. (eds). Forum on Emerging Infections. Washington (DC). Ed. *National Academies Press*.
42. **Niavis S., Kallioras D., Vlontzos G. and Duquenne M.N.** (2021). COVID-19 pandemic and lockdown fine optimality. *Economies*. **9**(1):36.
43. **Persaud A., Bhugra D., Valsraj K. and Bhavsar V.** (2021). Understanding geopolitical determinants of health. *Bull World Health Organ*. **99**(2):166-168.
44. **Murphy T. and Whitty N.** (2009) Is human rights prepared? Risk, rights and public health emergencies. *Med Law Rev*. **17**(2):219-244.
45. **Freedman L.P.** (1995). Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights. *Health and Human Rights*. **1**(4):314-348. <https://doi.org/10.2307/4065246>
46. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2019). Σύνταγμα της Ελλάδας (ΦΕΚ 211/Α/24.12.2019).
47. **Συμβούλιο της Επικρατείας.** (1986). 400/1986 απόφαση της Ολομέλειας του Συμβουλίου της Επικρατείας (ΣτΕ).
48. **Ανθόπουλος Χ.** (2001). Νέες διαστάσεις των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Εκδ. Σάκκουλα. σελ. 216-217.
49. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2011). Ν. 4025/2011 - Άρθρο 43 Έκδοση υγειονομικών διατάξεων».
50. **Ελληνική Δημοκρατία.** (1940). Α.Ν. 2520/1940 (ΦΕΚ-273 Α') : Περί υγειονομικών διατάξεων
51. **Νίκου Ε.** (2022) Δημόσια Υγεία και Αυτονομία στην περίπτωση μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων. Μεταπτυχιακή εργασία. *Πανεπιστήμιο Δυτικής Απτικής, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.*
52. **Μανιτάκης Α.** (2020). Η Δημόσια Υγεία σκοπός συνταγματικά προστατευόμενος. *Τα Νέα*. 18.11.2020.
53. **Galea S.** (2016). Public Health as a Public Good.
54. **United Nations.** (2023). Health For All: Time For Action.
55. **John T.J. and Shah N.K.** (2011). Universal Healthcare and Nationwide Public Health: a tale of two declarations from one city. *Indian J Med Res*. **134**(3):250-252.
56. **Μαζαράκη Η.** (2012). Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό. *Αρχαϊκή Ιατρική*. **31**(1):62-69.
57. **Huang S., Zhou T., Xu C. and Zheng J.** (2022). Does Public Health Influence Economic Performance? Investigating the Role of Governance and Greener Energies for the Case of China. *Front Public Health*. **10**:864736.
58. **Bloom D. and Canning D.** (2003). Health as human capital and its impact on economic performance. *Geneva Pap Risk Insur Issu Pract*. **28**:304-315.



59. **Υφαντόπουλος Γ.** (2005). Τα Οικονομικά της Υγείας. Εκδ. Δαρδάνος Γ., Δαρδάνος Κ. Ο.Ε. Αθήνα. σελ. 238.
60. **Smith R., Woodward D., Acharya A., Beaglehole R. and Drager N.** (2004). Communicable disease control: a 'Global Public Good' perspective. *Health Policy Plan.* **19**(5):271-278.
61. **Abdalla S.M., Maani N., Ettman C.K. and Galea S.** (2020). Claiming Health as a Public Good in the Post-COVID-19 Era. *Development (Rome).* **63**(2-4):200-204.
62. **Kalra S., Kelkar D., Galwankar S.C., Papadimos T.J. et al.** (2014). The emergence of ebo-la as a global health security threat: from 'lessons learned' to coordinated multilateral containment efforts. *J Glob Infect Dis.* **6**(4):164-177.
63. **Feachem R.A. and Sachs J.** (2002). Global Public Goods for Health. The Report of Working Group 2 of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva. *WHO.*
64. **Demaré M.** (2024). Resilient, equitable and sustainable: How to deliver healthcare that maximizes the benefits of scientific innovation. *World Economic Forum.*
65. **Turoldo F.** (2009). Responsibility as an ethical framework for public health interventions. *Am J Public Health.* **99**(7):1197-202.
66. **Nashte A., Agrawal P.K., Patil D., Parati N., Kumbhar U.T. and Shelke N.** (2023). Examining the Ethics of Public Health Interventions: Balancing Individual Rights and Collective Well-being. *South Eastern European Journal of Public Health.* **448**:150-161.
67. **United Nations.** (2023). Human Rights.
68. **Boulos K., Kwan M.N., El Emam M.P. et al.** (2022). Reconciling public health common good and individual privacy: new methods and issues in geoprivacy. *Int J Health Geogr.* **21**:1.
69. **Ναλπαντίδου Σ. και Χατζής Α.** (2010). Η Θεωρία της Ρύθμισης. Επιθεώρηση Διοικητικής Επιστήμης. **16**:133-163. Εκδ. Σάκκουλας.
70. **UN Commission on Human Rights.** (1984). The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights.
71. **Σπηλιωτόπουλος Ε.** (2011). Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου. Τόμος 1, 14η έκδοση. Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη. Αρ. 78.
72. **Kaye D.** (2020). Disease pandemics and the freedom of opinion and expression: report of the Special Rapporteur on the promotion and protection of the right to freedom of opinion and expression.
73. **Mofokeng T.** (2021). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng: sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic.
74. **Li Y.** (2020). Report of the independent expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of states on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, Yuefen Li: addressing, from a human rights perspective, the debt-related problems of developing countries caused by the coronavirus disease (COVID-19) pandemic.
75. **de Mesquita J.B., Kapilashrami A. and Meier B.M.** (2021) Human rights dimensions of the COVID-19 pandemic.
76. **United Nations.** (1948). Universal Declaration of Human Rights.

77. **Council of Europe.** (1950). Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms as amended by Protocols No. 11 and No. 14 \* Rome, 4.XI.1950.
78. **UN General Assembly.** (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Dec 16, 1966.
79. **UN Security Council.** (2014). On the outbreak of the Ebola virus in, and its impact on, West Africa.
80. **UN.** (2020). Protecting human rights amid COVID-19 crisis.
81. **UN.** (2020). No time to blame the messenger' warns UN rights chief, amidst media clampdowns surrounding COVID-19.
82. **Nuffield Council on Bioethics.** (2007). Public Health: Ethical Issues. November 2007.
83. **Dubé E., Vivion M. and MacDonald N.E.** (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev Vaccines.* **14**(1):99-117.
84. **Padian N.S., Shiboski S.C., Glass S.O., Vittinoff E., Shapiro M.F., Morton S.C. and McCaffrey D.F.** (2005). Individual rights versus the public's health - 100 years after Jacobson v. Massachusetts. *New England Journal of Medicine.* **352**(7):652-654.
85. **Rabin J.A.** (1986). The AIDS epidemic and gay bathhouses: a constitutional analysis. *J Health Polit Policy Law.* **10**(4):729-747.
86. **Bayer R. and Fairchild. A.L.** (2004). The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics.* **18**(6):473-492.
87. **Treaty on the Functioning of the European Union - TFEU.** (2023). Precautionary principle. (Article 191).
88. **Committee on Economic, Social and Cultural Rights.** (2000). General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12).
89. **Lynch A.** (2021). Individual Rights and the Public's Health: Constitutional, Ethical, and Political Aspects of COVID-19 Measures and Their Enforcement. *Network for Public Health Law.*
90. **Gostin L.O.** (2007). General justifications for public health regulation. *Public Health.* **121**(11):829-834.
91. **World Health Organization.** (2005). Fifty-eighth World Health Assembly Resolution WHA58.3: revisions of the International Health Regulations.
92. **International Labour Organization - ILO.** (2023). Country policy responses.
93. **Gostin L.O., Friedman E.A., Hossain S., Mukherjee J., Zia - Zarifi S., Clinton C., Rugege U., Buss P., Were M. and Dhali A.** (2023) Human rights and the COVID-19 pandemic: a retrospective and prospective analysis. *Lancet.* **401**(10371):154-168.
94. **Habibi R., Burci, G., de Campos T. et al.** (2020). Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak. *Lancet.* **395**(10225):664-666.
95. **World Health Organization.** (2023). Fifty-eighth World Health Assembly Resolution WHA58.3: revisions of the International Health Regulations.
96. **Meier B., Habibi R. and Yang Y.** (2020). Travel restrictions violate international law. *Science.* **367**(6485):1436.
97. **Devi S.** (2020). Travel restrictions hampering COVID-19 response. *Lancet.* **395**(10233):1331-1332

98. **Wright A., Salazar A., Mirica M., Volk L.A. and Schiff G.D.** (2020). The Invisible Epidemic: Neglected Chronic Disease Management During COVID-19. *J Gen Intern Med.* **35**(9):2816-2817.
99. **Bjorklund K.** (2020). The inside story of how Sweden botched its coronavirus responses. *Foreign Policy.*
100. **United Nations.** (1966) International Covenant on Civil and Political Rights.
101. **Joo J. and Shin M.M.** (2020). Resolving the tension between full utilization of contact-tracing app services and user stress as an effort to control the COVID-19 pandemic. *Service Business.* **14**(4):461-478.
102. **Ng I.Y.H., Lim S.S. and Pang N.** (2022). Making universal digital access universal: lessons from COVID-19 in Singapore. *Univers Access Inf Soc.* **15**:1-11.
103. **Degeling C., Chen G., Gilbert G.L., Brookes V., Thai T., Wilson A. and Johnson J.** (2020). Changes in public preferences for technologically enhanced surveillance following the COVID-19 pandemic: a discrete choice experiment. *BMJ Open.* **10**(11):e041592.
104. **Morley J., Cows J., Taddeo M. et al.** (2020). Ethical guidelines for COVID-19 tracing apps. *Nature.* **582**:29-31.
105. **Labs J. and Terry S.** (2020). Privacy in the Coronavirus Era. *Genetic Testing and Molecular Biomarkers.* **9**:535-536.
106. **Park S. et al.** (2020). Information Technology - Based Tracing Strategy in Response to COVID-19 in South Korea - Privacy Controversies. *Journal of American Medical Association.* **323**:2129-2130.
107. **Zhou S.L., Jia X., Skinner S.P., Yang W. and Claude I.** (2021). Lessons on mobile apps for COVID-19 from China. *Journal of Safety Science and Resilience.* **2**(2):40-49.
108. **Kwan T.H.** (2022). Enforcement of the Use of Digital Contact-Tracing Apps in a Common Law Jurisdiction. *Healthcare (Basel).* **10**(9):1613.
109. **Sagan A., Bryndova L., Kowalska - Bobko I., Smatana M., Spranger A., Szerencses V., Webb E. and Gaal P.** (2022). A reversal of fortune: Comparison of health system responses to COVID-19 in the Visegrad group during the early phases of the pandemic. *Health Policy.* **126**(5):446-455.
110. **Blassime A. and Vaena E.** (2020). What's next for COVID-19 apps? Governance and oversight. *Science.* **13**:760-762.
111. **Beaumont P.** (2020). How Strict Are the UK's Distancing Rules Compared with Other Countries? *The Guardian.*
112. **Pearl B., Hunter L., Lo K. and Chung E.** (2020). The enforcement of COVID-19 stay-at-home orders.
113. **Watts M.H., Michel K.H., Breslin J. and Tobin - Tyler E.** (2021) Equitable Enforcement of Pandemic-Related Public Health Laws: Strategies for Achieving Racial and Health Justice. *Am J Public Health.* **111**(3):395-397.
114. **Bingham S., Calhoun S. and Case A.** (2017). Paying more for being poor: bias and disparity in California's traffic court system.
115. **Perkel C.** (2020). Pandemic fines top \$13 million, study says; punitive approach rapped. *National Post.*

116. **McClelland A. and Luscombe A.** (2020). Policing the Pandemic: Tracking the Policing of COVID-19 Across Canada.
117. **McClenaghan M.** (2023). More than 28,000 convicted of Covid rule breaches in England and Wales. *Guardian*. 02.11.2023.
118. **Moris D. and Schizas D.** (2020). Lockdown During COVID-19: The Greek Success. *In Vivo*. **34**(3 Suppl):1695-1699.
119. **Souliotis K., Giannouchos T.V., Peppou L.E., Samara M.T., Nimatoudis J., Papageorgiou C. and Economou M.** (2021). Public Health Behaviors during the COVID-19 Pandemic in Greece and Associated Factors: A Nationwide Cross-sectional Survey. *Inquiry*. **58**:469580211022913.
120. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2021). Νόμος 4820/2021 - ΦΕΚ Α 130/23.07.2021 - Οργανικός Νόμος του Ελεγκτικού Συνεδρίου και άλλες ρυθμίσεις.
121. **Εθνική Αρχή Διαφάνειας.** (2022). Αποτίμηση ελέγχων COVID-19 για την Παρασκευή 04.03.2022.
122. **Συμβούλιο της Επικρατείας.** (2023). ΣΤΕ Ολομ. 1762-4/2023. Συνταγματικότητα διατάξεων (άρ. 24 Ν. 4865/2021) με τις οποίες θεσπίστηκε υποχρεωτικός εμβολιασμός κατά του κορωνοϊού COVID-19 για τα πρόσωπα άνω των 60 ετών και προβλέφθηκε ότι σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την υποχρέωση αυτή επιβάλλεται πρόστιμο 100€ μηνιαίως.
123. **Stamouli N.** (2024) From fines to 'olive branch,' government scraps vaccine policy. *Ekathimerini*.
124. **Schmelz K.** (2021). Enforcement may crowd out voluntary support for COVID-19 policies, especially where trust in government is weak and in a liberal society. *Proc Natl Acad Sci*. **118**(1):e2016385118.
125. **Obach A., Cabieses B., Vezzani F., Robledo C., Blukacz A. and Vial P.** (2023) Perceived barriers and facilitators for adhering to COVID-19 preventive measures in Chile: a qualitative study in three large cities. *BMC Infect Dis*. **23**(1):158.
126. **Escandón K., Rasmussen A.L., Bogoch I.I., Murray E.J., Escandón K., Popescu S.V. et al.** (2021). COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health, COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection. *BMC Infect Dis*. **21**(1):710.
127. **Halperin D.T.** (2020). Coping with COVID-19: learning from past pandemics to avoid pitfalls and panic. *Glob Heal Sci Pract*. **8**(2):155-165.
128. **Marcus J. and Martin M.** (2020). Epidemiologist on why "pandemic shaming" isn't working. *National Public Radio*.
129. **Thomson S. and Ip E.C.** (2020). COVID-19 emergency measures and the impending authoritarian pandemic. *J Law Biosci*. **7**(1):lsaa064.
130. **Μπουλούτζα Π.** (2022). Υποχρεωτικά rapid tests για 10.000 υγειονομικούς. *Καθημερινή*.
131. **Bouloukaki I., Christoforaki A., Christodoulakis A., Krasanakis T., Lambraki E., Pateli R., Markakis M. and Tsiligianni I.** (2023). Vaccination Coverage and Associated Factors of COVID-19 Uptake in Adult Primary Health Care Users in Greece. *Healthcare (Basel)*. **11**(3):341.

132. **Galanis P., Vraka I., Katsiroumpa A., Siskou O., Konstantakopoulou O., Katsoulas T.** et al. (2022). Attitudes toward COVID-19 pandemic among fully vaccinated individuals: evidence from Greece two years after the pandemic. *Acta Medica Lituanica*. **29**(2):245-259.
133. **Sweileh W.M.** (2020). Bibliometric analysis of global scientific literature on vaccine hesitancy in peer-reviewed journals (1990-2019). *BMC Public Health*. **20**:1252.
134. **Karafillakis E. and Larson H.J.** (2017). The Benefit of the Doubt or Doubts over Benefits? A Systematic Literature Review of Perceived Risks of Vaccines in European Populations. *Vaccine*. **35**:4840-4850.
135. **d'Onofrio A. and Manfredi P.** (2010). Vaccine demand driven by vaccine side effects: Dynamic implications for SIR diseases. *J Theor Biol*. **264**:237-252.
136. **Yıldırım M. and Güler A.** (2021). Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. *Personal Individ Differ*. **168**:110347.
137. **Siegrist M., Luchsinger L. and Bearth A.** (2021). The Impact of Trust and Risk Perception on the Acceptance of Measures to Reduce COVID-19 Cases. *Risk Anal*. **41**:787-800.
138. **Rivas D.R.Z., Jaldin M.L.L., Canaviri B.N., Escalante L.F.P., Fernández A.M.C.A. and Ticona J.P.A.** (2021). Social media exposure, risk perception, preventive behaviors and attitudes during the COVID-19 epidemic in La Paz, Bolivia: A cross sectional study. *PLoS ONE*. **16**:e0245859.
139. **Lanciano T., Graziano G., Curci A., Costadura S. and Monaco A.** (2020). Risk Perceptions and Psychological Effects During the Italian COVID-19. *Emergency Front Psychol*. **11**:580053.
140. **Seale H., Heywood A.E., Leask J., Sheel M., Thomas S., Durrheim D.N., Bolsewicz K. and Kaur R.** (2020). COVID-19 is rapidly changing: Examining public perceptions and behaviors in response to this evolving pandemic. *PLoS ONE*. **15**:e0235112.
141. **Akesson J., Ashworth - Hayes S., Hahn R., Metcalfe R. and Rasooly I.** (2022). Fatalism, beliefs, and behaviors during the COVID-19 pandemic. *J Risk Uncertain*. **64**(2):147-190.
142. **Wafula S.T., Mugume I.B., Sensasi B., Okware S., Chimbaru A., Nanyunja M., Talisuna A., Kabanda R., Bakyaite T., Wanyenze R.K. and Byakika - Tusiime J.** (2022). Intention to vaccinate against COVID-19 and adherence to non-pharmaceutical interventions against COVID-19 prior to the second wave of the pandemic in Uganda: a cross-sectional study. *BMJ Open*. **12**(6):e057322.
143. **Denford S., Martin A.F., Love N., Ready D., Oliver I., Amlôt R., Yardley L. and Rubin G.J.** (2021). Engagement With Daily Testing Instead of Self-Isolating in Contacts of Confirmed Cases of SARS-CoV-2: A Qualitative Analysis. *Front Public Health*. **9**:714041.
144. **Christensen S.W., Daygaran I., Bernild C., Missel M. and Berg S.K.** (2021). Testing for COVID-19 regulates behavior in the general population: A qualitative study of experiences of awaiting test result for COVID-19. *Scand J Public Health*. **14**:03494821993717.
145. **Wanat M., Logan M., Hirst J., Vicary C., Lee J.J., Perera R., Tracey I., Duff G., Tuffano P., Fanshawe T.R.** et al. (2021). Perceptions on undertaking regular asymptomatic self-testing for COVID-19 using lateral flow tests: A qualitative study of university students and staff. *BMJ Open*. **11**(9):e053850.
146. **De Camargo C.** (2021). 'It's tough shit, basically, that you're all gonna get it': UK virus testing and police officer anxieties of contracting COVID-19. *Polic Soc*. **1**:17.

147. **Thunström L., Ashworth M., Shogren J.F., Newbold S. and Finnoff D.** (2021). Testing for COVID-19: Willful ignorance or selfless behavior? *Behav Public Policy*. **5**:135-152.
148. **Korn L., Böhm R., Meier N.W. and Betsch C.** (2020). Vaccination as a social contract. *Proc Natl Acad Sci*. **117**(26):14890-14899.
149. **Weisel O.** (2021). Vaccination as a social contract: the case of COVID-19 and US political partisanship. *Proc Natl Acad Sci*. **118**:e2026745118.
150. **Bor A., Jørgensen F., Lindholt M.F. and Petersen M.B.** (2022). Moralizing the COVID-19 pandemic: self-interest predicts moral condemnation of other's compliance, distancing and vaccination. *Polit Psychol*. **12**:835
151. **Fehr E. and Fischbacher U.** (2004) Third-party punishment and social norms. *Evolution and Human Behavior*. **25**(2):63-87.
152. **Güererk Ö., Irlenbusch B. and Rockenbach B.** (2006). The competitive advantage of sanctioning institutions. *Science*. **312**(5770):108-111.
153. **Herrmann B., Thöni C. and Gächter S.** (2008). Antisocial punishment across societies. *Science*. **319**(5868):1362-1367.
154. **Winter F. and Zhang N.** (2018). Social norm enforcement in ethnically diverse communities. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. **115**(11):2722-2727.
155. **Tyler T.R. and Fagan J.** (2008) Legitimacy and cooperation: Why do people help the police fight crime in their communities? *Ohio State Journal of Criminal Law*. **6**:231.
156. **Jackson J., Bradford B., Hough M., Myhill A., Quinton P. and Tyler T.R.** (2012). Why do people comply with the law? Legitimacy and the influence of legal institutions. *British Journal of Criminology*. **52**(6):1051-1071.
157. **Chae S.H. and Park H.J.** (2020). Effectiveness of Penalties for Lockdown Violations During the COVID-19 Pandemic in Germany. *Am J Public Health*. **110**(12):1844-1849.
158. **Wright L., Paul E., Steptoe A. and Fancourt D.** (2022). Facilitators and barriers to compliance with COVID-19 guidelines: a structural topic modelling analysis of free-text data from 17,500 UK adults. *BMC Public Health*. **22**(1):34.
159. **Gelfand M.J., Jackson J.C., Pan X., Nau D., Pieper D., Denison E., Dagher M., Van Lange P.A.M., Chiu C.Y. and Wang M.** (2021). The relationship between cultural tightness-looseness and COVID-19 cases and deaths: a global analysis. *Lancet Planet Health*. **5**(3):e135-e144.
160. **Nivette A., Ribeaud D., Murray A. et al.** (2021). Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science and Medicine*. **268**:113370.
161. **Paramita W., Rostiani R., Winahjoe S., Wibowo A., Virgosita R. and Audita H.** (2021). Explaining the Voluntary Compliance to COVID-19 Measures: An Extrapolation on the Gender Perspective. *Glob J Flex Syst Manag*. **22**(S1):1-18.
162. **Olum R., Chekwech G., Wekha G., Nassozi D.R. and Bongomin F.** (2020). Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Front Public Health*. **8**:181.

163. **Almutairi A.F., BaniMustafa A., Alessa Y.M., Almutairi S.B. and Almaleh Y.** (2020). Public Trust and Compliance with the Precautionary Measures Against COVID-19 Employed by Authorities in Saudi Arabia. *Risk Manag Healthc Policy*. **13**:753-760.
164. **Binter J., Pešout O., Pieniak M.** et al. (2023). Predictors and motives for mask-wearing behavior and vaccination intention. *Sci Rep*. **13**:10293.
165. **Vavreck L.** (2021). \$100 as Incentive to Get a Shot? Experiment Suggests It Can Pay Off. *The New York Times*.

# OPINIONS AND ATTITUDES OF CIVIL SERVANTS FOR MANDATORY DIAGNOSTIC TESTING OF COVID-19 ILLNESS IN THE UNVACCINATED AT THE PRIVATE EXPENSE OF THE EMPLOYEES

*Eirini Tsanidou<sup>1,2</sup>, T.C. Constantinidis<sup>2</sup> and Alexandra Tsarouha<sup>1</sup>*

1. Program of Postgraduate Studies Bioethics, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, 2. Program of Postgraduate Studies Health and Safety in Workplaces, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Quarantine and other public health practices are effective and valuable ways to control infectious disease outbreaks and public anxiety, but these strategies have always been highly debated, perceived as intrusive, and accompanied in every era and political regime by an undercurrent of suspicion, mistrust and riots. These strategic measures have raised (and continue to raise) a variety of political, economic, social and ethical issues. In the face of a dramatic health crisis, individual rights have often been trampled in the name of the public good. The work includes two parts: the general and the research part. The general part is dedicated to the bibliographic review of scientific data regarding the historical review of infectious disease control measures, the concept and mission of Public Health, its value as a public good, as well as the measures and interventions for its protection. Also, in the general part, separate mention is made of individual rights in comparison with duties towards the human community and in limiting the aforementioned rights based on the public interest. The part of results contains a reference to the purpose and methodology applied in the implementation of the research and a thorough description of the results. In the discussion, the most important results are commented on and the main conclusions are reported.



# ΚΑΛΙΕΡΓΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΙΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

*Γεωργία Ειρήνη Δεληγιαννίδου, Χρήστος Κοντογιώργης, Ευαγγελία Νένα  
και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης*

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής,  
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Η διατροφή αποτελεί βασικό τροποποιησιμο παράγοντα κινδύνου στην πρόληψη χρόνιων (μη μεταδοτικών) νοσημάτων, που επίσης επιδρά στην ψυχολογία του ατόμου. Σύμφωνα με την αναφορά της Παγκόσμιας Διάσκεψης Επισιτισμού του 1996, η επισιτιστική ασφάλεια ορίζεται ως η συνθήκη όπου όλοι οι άνθρωποι, ανά πάσα στιγμή, έχουν φυσική και οικονομική πρόσβαση σε επαρκή, ασφαλή και θρεπτικά τρόφιμα που καλύπτουν τις διατροφικές τους ανάγκες και προτιμήσεις για μια δραστήρια και υγιεινή ζωή. Στη διερεύνηση της σχέσης της διατροφής και της ευεξίας είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί η επίδραση της επισιτιστικής ασφάλειας ώστε να οριστούν κατάλληλες στρατηγικές παρεμβάσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύνδεση των διατροφικών συνηθειών με την ευεξία των εργαζομένων. Σε σύνολο 140 συμμετεχόντων σημειώθηκε πως οι παράγοντες του φύλου και των ωρών εργασίας είχαν σημαντική επίδραση στις διατροφικές επιλογές, ενώ καταγράφηκε μέτρια συμμόρφωση με το μοντέλο της μεσογειακής διατροφής (ΜΔ). Οι ομάδες των φρούτων, των ψαριών και των οσπρίων φαίνεται να είναι αυτές που «στερούν» πόντους στο σκορ ΜΔ και στα δυο φύλα, ανεξάρτητα από την φύση της εργασίας τους. Ειδικά στην περίπτωση της επισιτιστικής ασφάλειας σημαντικός ήταν ο παράγοντας της εργασίας ως ελεύθερος επαγγελματίας και η εργασία στην εστίαση για την μειωμένη ασφάλεια. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι ως ελεύθεροι επαγγελματίες είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να καταγράψουν χαμηλότερες τιμές ευεξίας στην υποκειμενική τους αξιολόγηση, ακολουθούμενοι από τους εργαζόμενους στην εστίαση, ενώ υψηλότερες τιμές αναφορικά με την αποδοτικότητα και την ενεργητικότητα καταγράφηκαν για τα άτομα που εργάζονται έως 30 ώρες/εβδ., ανεξάρτητα από τον τομέα εργασίας τους. Τα δεδομένα της μελέτης υπογραμμίζουν την σύνδεση της ευεξίας των εργαζομένων με τις διατροφικές τους συνήθειες, και την ανάγκη για συστηματική παρακολούθηση των δεικτών υγείας των εργαζομένων για τον έγκαιρο εντοπισμό παραγόντων κινδύνου εμφάνισης παθήσεων που σχετίζονται με την διατροφή, συμπεριλαμβανομένου του υποσιτισμού.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η διατροφή, αποτελεί ένα από τους βασικούς τροποποιήσιμους παράγοντες επίδρασης στην υγεία, καθώς εκτεταμένη βιβλιογραφία υπογραμμίζει πως μια καλή διατροφή προάγει την ασφαλέστερη εγκυμοσύνη και τον τοκετό, συνδέεται με τη βελτίωση της υγείας του βρέφους, του παιδιού και της μητέρας, ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα και βοηθά στην ταχύτερη ανάρρωση, ενώ παράλληλα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Από την άλλη πλευρά, ο υποσιτισμός παραμένει μια μεγάλη πρόκληση παγκοσμίως, καθώς ο κόσμος αντιμετωπίζει το φαινόμενο που είναι γνωστό ως «διπλή επιβάρυνση της κακοθρεψίας», κατά το οποίο στον ίδιο πληθυσμό απαντώνται φαινόμενα τόσο του υποσιτισμού (σπατάλη ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη των παιδιών) όσο και του υπερβολικού βάρους ή της παχυσαρκίας. Είναι γνωστό πως οι διατροφικές συνήθειες σε επίπεδο πληθυσμού, επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό τόσο από την δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, όσο και από την κατάσταση υγείας (Ευρωπαϊκοί Βασικοί Δείκτες Υγείας - ECHI), ωστόσο, ανθρωπομετρικά και διατροφικά στοιχεία, όπως η σύσταση του σώματος, το ποσοστό του λίπους και η αποτύπωση της κατανομής τους βάρους μέσα από τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η ημερήσια πρόσληψη σε πρωτεΐνη, η σύσταση της διατροφής και η επάρκεια σε θρεπτικά στοιχεία, διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των πληθυσμών (δυτικές κοινωνίες και μεσογειακές), αλλά και μεταξύ των ατόμων στην ίδια κοινωνία (νησιωτικές, ορεινές ή αποκεντρωμένες περιοχές και μεγάλα αστικά κέντρα). Κατά τον τρόπο αυτό, για την διερεύνηση του ρόλου της διατροφής στους δείκτες υγείας είναι σημαντικό να αποσαφηνιστούν οι αποκλίσεις του πληθυσμού ώστε να οριστούν κατάλληλες στρατηγικές παρεμβάσεις.

Τα τελευταία έτη, έχει επίσης αναδυθεί και το φαινόμενο, γνωστό ως «τριπλή επιβάρυνση της κακοθρεψίας», κατά το οποίο στον ίδιο πληθυσμό, κοινωνία ή νοικοκυριό απαντώνται τόσο ο υποσιτισμός (με την έννοια της ελλιπούς πρόσβασης σε ενέργεια και άρα της μειωμένης ανάπτυξης) και η παχυσαρκία, όσο επίσης και η υποθρεψία (με την έννοια της ελλιπούς πρόσληψης των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και άρα της εμφανίσεως διατροφικών ελλείψεων και ανεπάρκειας σε μικροθρεπτικά). Αυτή η έννοια της «κρυφής πείνας» ενδεχομένως να σχετίζεται επίσης με τα επίπεδα επισιτιστικής ασφάλειας του πληθυσμού, ειδικά σε περιόδους παρατεταμένης οικονομικής αστάθειας.

Αν και το κομμάτι της διατροφικής αγωγής και της αγωγής υγείας συνεισφέρουν σημαντικά στην καλλιέργεια μια κουλτούρας που θα διασφαλίζει την καθιέρωση υγιεινών μοντέλων διατροφής, είμαι φανερό πως αυτό δεν αρκεί, καθώς οι

διατροφικές συνήθειες και κατ' επέκταση το επίπεδο της υγείας των ατόμων επηρεάζεται επίσης από μια σειρά περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων – πέρα φυσικά από τα στοιχεία της κληρονομικότητάς. Ένα στοιχείο, το οποίο παρουσιάζει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον, αποτελεί η σύνδεση της διατροφικής κατάστασης και της υγείας των ατόμων. Έτσι, η διερεύνηση της σχέσης της διατροφής με την υγεία, έχει μετατοπιστεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, εξετάζοντας το ερώτημα υπό το πρίσμα όχι μόνο της σωματικής υγείας, αλλά και της κοινωνικής και ψυχικής ευημερίας ατόμων και κοινωνιών.

Προς αυτή τη κατεύθυνση, πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ενηλίκων στην Πορτογαλία κατέγραψε μέτρια συμμόρφωση σε 490 ενήλικες με το πρότυπο της *Μεσογειακής Διατροφής* (ΜΔ) (μέσος όρος MEDAS  $7,4 \pm 2,1$ ). Σε αυτή τη μελέτη οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν επίσης για την *υποκειμενική αξιολόγηση της ευημερίας* τους (SWB) και χωρίστηκαν σε προφίλ χαμηλού SWB, μεσαίου SWB και μεσαίου έως υψηλού SWB. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν πως υπήρξε σημαντική σχέση μεταξύ των επιπέδων της υποκειμενικής ευημερίας στα αντίστοιχα προφίλ SWB ( $3,9 \pm 1,0$ ;  $6,2 \pm 1,0$ ,  $8,2 \pm 1,3$ , αντίστοιχα,  $p < 0,05$ ), και των βαθμολογιών συμμόρφωσης με το πρότυπο της ΜΔ, όπως αξιολογήθηκε από το εργαλείο MEDAS ( $6,5 \pm 2,1$ ,  $7,3 \pm 2,1$ ,  $7,8 \pm 1,9$ , για κάθε ένα από τα προφίλ SWB αντίστοιχα,  $p < 0,05$ ). Επίσης, η υψηλότερη προσκόλληση στην ΜΔ βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά θετικά ( $p < 0,05$ ) με τις γυναίκες, τα εργαζόμενα άτομα, τον υψηλότερο αριθμό γευμάτων την ημέρα και τα άτομα με συχνή επαφή με τη φύση (Andrade et al, 2020).

Αντίστοιχη μελέτη αναφορικά με την προσήλωση στην ΜΔ και την σχέση του δείκτη προσήλωσης με την υποκειμενική ευεξία των ατόμων σε ένα δείγμα συμμετεχόντων στην Ελλάδα και την Κύπρο επισημαίνει τη θετική επίδραση της τήρησης του μοντέλου της ΜΔ σε ορισμένα στοιχεία ευημερίας. Συγκεκριμένα, στην μελέτη αυτή βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα άτομα με χαμηλή προσκόλληση στην ΜΔ και σε αυτά που είχαν υψηλή προσκόλληση αναφορικά με τα ακόλουθα στοιχεία: Ικανοποιημένος με τη ζωή ( $p < 0,001$ ), Ζωή που αξίζει τον κόπο ( $p < 0,001$ ), Αίσθημα ευτυχίας ( $p < 0,001$ ), Αίσθημα ανησυχίας ( $p = 0,005$ ), καθώς και Αίσθημα κατάθλιψης ( $p = 0,001$ ), MEDAS > 10 (Deligiannidou et al, 2024).

Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόσφατη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την σχέση της διατροφής με την ευεξία – χωρίς να έχει αποσαφηνιστεί η «φορά» της σύνδεσης των δύο στοιχείων. Ωστόσο, τα στοιχεία της ψυχικής υγείας των ατόμων αλλά και των διατροφικών τους επιλογών συνδέονται επίσης με τα επίπεδα της επισιτιστικής ασφάλειας των ατόμων.

Σύμφωνα με την αναφορά της Παγκόσμιας Διάσκεψης Επισιτισμού του 1996 (EC - FAO Food Security Programme, 2008), η *επισιτιστική ασφάλεια* ορίζεται ως η συνθήκη όπου όλοι οι άνθρωποι, ανά πάσα στιγμή, έχουν φυσική και

οικονομική πρόσβαση σε επαρκή ασφαλή και θρεπτικά τρόφιμα που καλύπτουν τις διατροφικές τους ανάγκες και τις διατροφικές τους προτιμήσεις για μια δραστήρια και υγιεινή ζωή.

Για την αξιολόγηση της επισιτιστικής ασφάλειας έχουν οριστεί τέσσερις βασικές διαστάσεις της, το σύνολο των οποίων αντανακλά την εικόνα της επισιτιστικής ασφάλειας σε επίπεδο πληθυσμού. Αναλυτικά οι τέσσερις κύριες διαστάσεις της επισιτιστικής ασφάλειας αφορούν:

A) *Φυσική διαθεσιμότητα τροφίμων*: Η διαθεσιμότητα τροφίμων αφορά την «πλευρά της προσφοράς» της επισιτιστικής ασφάλειας και καθορίζεται από τα επίπεδα παραγωγής τροφίμων και αποθεμάτων και το καθαρό εμπόριο.

B) *Οικονομική και φυσική πρόσβαση σε τρόφιμα*: Αφορά στην εστίαση της πολιτικής στα εισοδήματα, τις δαπάνες, τις αγορές και τις τιμές για την επίτευξη των στόχων επισιτιστικής ασφάλειας, καθώς η επαρκής παροχή τροφίμων δεν εγγυάται από μόνη της επισιτιστική ασφάλεια σε επίπεδο νοικοκυριού.

Γ) *Χρήση τροφής*: Αφορά στον τρόπο με τον οποίο το σώμα αξιοποιεί στο έπακρο τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων, ως αποτέλεσμα καλών πρακτικών φροντίδας και σίτισης, προετοιμασίας φαγητού, ποικιλίας διατροφής και διανομής τροφής εντός του νοικοκυριού και καθορίζει τη διατροφική κατάσταση των ατόμων.

Δ) *Σταθερότητα των άλλων τριών διαστάσεων με την πάροδο του χρόνου*: Ακόμα κι αν η πρόσβαση σε τρόφιμα και η πρόσληψη τροφής είναι επαρκής σήμερα, εξακολουθεί να θεωρείται επισιτιστικά «ανασφαλής» ένας πληθυσμός εάν καταγράφεται ανεπαρκής πρόσβαση σε τρόφιμα σε περιοδική βάση, με κίνδυνο επιδείνωσης της διατροφικής κατάστασής του. Οι δυσμενείς καιρικές συνθήκες, η πολιτική αστάθεια ή η οικονομικοί παράγοντες (ανεργία, αύξηση των τιμών) μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην κατάσταση της επισιτιστικής ασφάλειας.

Ο *Παγκόσμιος Δείκτης Επισιτιστικής Ασφάλειας* (GFSI) είναι μια ετήσια αξιολόγηση της επισιτιστικής ασφάλειας σε 113 χώρες λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω διαστάσεις της επισιτιστικής ασφάλειας (The Economist Impact, 2023). Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτού του δείκτη, για το έτος 2021 η Ελλάδα είχε βρεθεί στην 27η θέση συγκεντρώνοντας ένα μέσο όρο 73,3. Επίσης, στην πρώτη θέση για το ίδιο έτος είχε βρεθεί η Ιρλανδία, ενώ αξίζει να σημειωθεί πως 8 από τις 10 χώρες της κορυφής ήταν στην Ευρώπη και οι άλλες δύο ήταν ο Καναδάς και οι ΗΠΑ, στις 7η και 9η θέση, αντίστοιχα.

Εξετάζοντας συνδυαστικά την κατάσταση της ψυχικής υγείας και της επισιτιστικής ασφάλειας, μια πρόσφατη μελέτη στον Καναδά, που περιλάμβανε συνολικά 34.128 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 3.021 (7,73%) ήταν με συμπτώματα κατάθλιψης, έδειξε ότι τόσο στα μη προσαρμοσμένα όσο και στα προσαρμοσμένα μοντέλα, οι συμμετέχοντες με καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν χαμηλότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν υψηλά ποσοστά επισιτιστικής ασφάλειας: aOR = 0,347, 95%CI: 0,307 - 0,391, p<0,001 (Meshkat et al, 2024).

Αντίστοιχη μελέτη στις Η.Π.Α. εξέτασε τους προγνωστικούς παράγοντες της επισιτιστικής ασφάλειας και του αντιληπτού άγχους μεταξύ των ξένων φοιτητών σε ένα δημόσιο πανεπιστήμιο στις Νοτιοδυτικές Ηνωμένες Πολιτείες. Σε δείγμα 73 συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς για την επισιτιστική ανασφάλεια και το αντιληπτό άγχος, υπογραμμίζοντας στα αποτελέσματα πως η διάρκεια παραμονής στις Η.Π.Α. ήταν προγνωστικός παράγοντας για την κατάσταση της επισιτιστικής ασφάλειας, ενώ το φύλο ήταν παράγοντας πρόβλεψης του αντιληπτού στρες. Αξίζει να σημειωθεί πως οι διεθνείς φοιτητές στις Η.Π.Α. με διάρκεια παραμονής <1 χρόνο, την στιγμή που πραγματοποιήθηκε η μελέτη, είχαν μικρότερες πιθανότητες να είναι επισιτιστικά ασφαλείς OR(95%CI): 0,22 (0,05 - 0,74) και είχαν μικρότερη πιθανότητα να βιώσουν χαμηλό αντιληπτό άγχος OR(95%CI): 0,07 (0,00 - 0,51) ανεξάρτητα από την διάρκεια παραμονής τους στην χώρα (Ibiyemi et al, 2024).

Ενδιαφέρον έχουν επίσης δεδομένα από πρόσφατες μελέτες που διερευνούν την διατροφική κατάσταση σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, συμπεριφορές κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και προτιμώμενα προγράμματα μιας πανεπιστημιούπολης στις Η.Π.Α. πριν από την πανδημία COVID-19 και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ενδεικτικά, σε ένα δείγμα ευκολίας 237 Αυστραλών φοιτητών πανεπιστημίου στις Η.Π.Α. που συμμετείχε στην έρευνα (Οκτώβριος έως Δεκέμβριο του 2022), περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες (46,4%) αναγνωρίστηκαν ως επισιτιστικά ανασφαλείς.

Επίσης, το ποσοστό των μαθητών που πληρούσαν τη συνιστώμενη πρόσληψη λαχανικών, όπως ορίζεται στις *Αυστραλιανές Διατροφικές Κατευθυντήριες Γραμμές*, ήταν πολύ χαμηλό (5,1%) σε σύγκριση με τα φρούτα (46,2%), ενώ η χαμηλή κατανάλωση φρούτων συσχετίστηκε σημαντικά με τα επίπεδα επισιτιστικής ανασφάλειας (OR=1,81, 95%CI = 1,03 - 3,18, p=0,038). Αξίζει να σημειωθεί πως παράγοντες όπως η αντιληπτή χαμηλότερη προσβασιμότητα και η υψηλότερη τιμή των φρούτων και λαχανικών συσχετίστηκαν σημαντικά επίσης με υψηλότερες πιθανότητες επισιτιστικής ανασφάλειας για το σύνολο τους εξεταζόμενου δείγματος. (Dharmayani et al, 2024). Στη μελέτη αυτήν υπογραμμίζεται επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να συνεισφέρει στην αύξηση της επισιτιστικής ασφάλειας, αυτός του μετασχηματισμού των περιβαλλόντων τροφίμων. Καθώς τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν πως μια δωρεάν καμπάνια φρούτων και λαχανικών ήταν το πιο δημοφιλές πρόγραμμα σε επίπεδο των δράσεων εντός του πανεπιστημίου, είναι κατανοητό πως τέτοιες δράσεις μπορούν να αυξήσουν την οικονομική προσιτότητα και τη φυσική πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα, μετατοπίζοντας έτσι την πλάστιγγα σε δύο από τους πιο συχνά αναφερόμενους λόγους επισιτιστικής ανασφάλειας.

Από διατροφικής άποψης και σε σχέση με την υγεία των ατόμων, τέτοιες μελέτες είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς η επίδραση της διατροφής στην υγεία δεν εμφανίζεται άμεσα, αλλά τόσο τα ευεργετικά όσο και τα αρνητικά αποτελέσματα της χρειάζονται χρόνο για να εμφανιστούν. Σχετικά λοιπόν με την αξιολόγηση των

επιπέδων επισιτιστικής ασφάλειας, τα δεδομένα μπορούν να κρατούν τις αρχές σε εγρήγορση ώστε να υπάρχει μέριμνα και προληπτικές δράσεις για περιστατικά κακοθρεψίας και κατ' επέκταση για την εμφάνιση παθήσεων που συνδέονται με την κακή διατροφή.

Ενδεχομένως, ωστόσο, αυτή η αξιολόγηση να μπορεί να παρέχει ακόμα περισσότερες πληροφορίες, οι οποίες έχουν πιο άμεσες προεκτάσεις στην υγεία των ατόμων. Ενδεικτικά, πρόσφατες έρευνες συνδέουν επίσης τα επίπεδα επισιτιστικής ασφάλειας με την υγεία των ατόμων αναφορικά ωστόσο με την τάση όσων βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα ανασφάλειας να αμελούν τον έλεγχο της υγείας τους -ακόμα και όταν η παροχή εξετάσεων είναι δωρεάν. Συγκεκριμένα, μελέτη του 2024 που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., αναφέρει πως υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την επισιτιστική ανασφάλεια στο πλαίσιο του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και στην εξέταση μαστογραφίας. Για να διερευνηθεί αυτή η σχέση πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση σε γυναίκες (N=8.956) ηλικίας 40-74 ετών στην Εθνική Συνέντευξη για την Υγεία του 2019 χωρίς ιστορικό καρκίνου του μαστού. Στο εξεταζόμενο δείγμα έγιναν επίσης ερωτήσεις αναφορικά με το επίπεδο της επισιτιστικής τους ασφάλειας. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αναφέρουν πως το 90,1% των συμμετεχόντων ταξινομήθηκε ως με υψηλή ή οριακή επισιτιστική ασφάλεια, εκ των οποίων το 56,6% ανέφερε συμμετοχή σε έλεγχο για καρκίνο του μαστού κατά το τελευταίο έτος. Αντίστοιχα, το 6,1% ταξινομήθηκε με χαμηλή επισιτιστική ασφάλεια, εκ των οποίων το 42,1% ανέφερε προληπτικό έλεγχο και το 3,8% ταξινομήθηκε με πολύ χαμηλή επισιτιστική ασφάλεια, εκ των οποίων το 43,1% ανέφερε προληπτικό έλεγχο. Στις μη προσαρμοσμένες αναλύσεις της μελέτης, οι συμμετέχοντες με χαμηλή επισιτιστική ασφάλεια ( $p < 0,001$ ) και πολύ χαμηλή επισιτιστική ασφάλεια ( $p < 0,001$ ) ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού εντός του τελευταίου έτους (Watts et al, 2024).

Η έννοια της υγιεινής διατροφής δεν θα μπορούσε να μην περιλαμβάνεται στις βασικές αρχές της υγείας στην εργασία, καθώς η υγιεινή διατροφή και υγεία στην εργασία αφορά στη διατήρηση και προαγωγή του υψηλότερου βαθμού σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα με τον έλεγχο των κινδύνων, την προώθηση της υγιεινής διατροφής, την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας, τη βελτίωση των συστημάτων υγείας και την πρόληψη των αποκλίσεων από την υγεία (Portero et al, 2021).

Οι κακές διατροφικές πρακτικές αναφέρονται συνήθως σε εργαζόμενους πληθυσμούς από διαφορετικούς οικονομικούς τομείς, με αποτέλεσμα αυξημένες απουσίες και μείωση της παραγωγικότητας. Μια πρόσφατη εθνική συγχρονική μελέτη που διεξήχθη μεταξύ εργαζομένων στην Ισπανία, χρησιμοποίησε δεδομένα από τις Εθνικές Έρευνες Υγείας για τα έτη 2006 (n = 11.068), 2011 (n = 7497) και 2017 (n = 8890). Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι η χαμηλότερη βαθμολογία στην αξιολόγηση της ποιότητας

διατροφής σχετιζόταν με την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και την ηλικία  $\geq 25$  ετών, ενώ η υψηλότερη βαθμολογία της ποιότητας της διατροφής συνδέθηκε με το γυναικείο φύλο, την ισπανική υπηκοότητα, τη βέλτιστη αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, την ύπαρξη σωματικής δραστηριότητας στο κύριο επάγγελμά του ατόμου, την άσκηση σωματικής δραστηριότητας κατά την διάρκεια του ελεύθερου χρόνου των εργαζομένων, καθώς επίσης και το είδος της σύμβασης εργασίας (Portero et al, 2021).

Καθώς το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί ένα από τα βασικά περιβάλλοντα όπου τα άτομα δραστηριοποιούνται είναι σημαντικό να διερευνηθεί ο ρόλος και η σχέση της εργασίας αναφορικά με τις διατροφικές επιλογές και κατ' επέκταση την υγεία και την ευημερία των ατόμων. Σε αυτό το πλαίσιο μια μετα-ανάλυση του 2021 εξέτασε την αποτελεσματικότητα των διατροφικών παρεμβάσεων σχετικά με την βελτίωση της υγείας των εργαζομένων που έπασχαν από μεταβολικό σύνδρομο. Από την μελέτη συνολικά ανακτήθηκαν 311 αναφορές και επιλέχθηκαν 13 μελέτες προς ανάλυση. Οι διατροφικές παρεμβάσεις των μελετών που επιλέχθηκαν ομαδοποιήθηκαν σε έξι βασικούς τύπους: (1) βασική εκπαίδευση/συμβουλευτική, (2) συγκεκριμένη δίαιτα/αλλαγές στη διατροφή και την πρόσληψη τροφής, (3) αλλαγή συμπεριφοράς / προπόνηση, (4) φυσική άσκηση, (5) διαχείριση άγχους και (6) Διαδίκτυο / κοινωνικά δίκτυα. Τα αποτελέσματα της έρευνας σημειώνουν πως οι παρεμβάσεις με το μεγαλύτερο αντίκτυπο ήταν αυτές που χρησιμοποίησαν τεχνικές καθοδήγησης και αυτές που προώθησαν τη φυσική δραστηριότητα, οδηγώντας σε αύξηση των τιμών της HDL: μέγεθος επίδρασης = 1,58 και την μείωση του ΔΜΣ: μέγεθος επίδρασης = -0,79. Αντίθετα, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον πως οι παρεμβάσεις που προσφέρουν πληροφορίες για υγιεινές συνήθειες και τρόπο ζωής είχαν το αντίθετο αποτέλεσμα, οδηγώντας σε αυξημένο ΔΜΣ: μέγεθος επίδρασης = 0,78, συστολική αρτηριακή πίεση: μέγεθος επίδρασης = 4,85 και διαστολική αρτηριακή πίεση: μέγεθος επίδρασης = 3,34 (Gea Cabrera et al, 2021).

Κατά τον τρόπο αυτό, γίνεται κατανοητό πως η διερεύνηση της σχέσης της διατροφής και της εργασίας θα μπορούσε να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης, τόσο προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης παθολογικών καταστάσεων που απειλούν την σωματική υγεία των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένης της κακοθρεψίας σε όλες τις μορφές (υπερθρεψία, υποθρεψία ή έλλειψη θρεπτικών συστατικών) αλλά επίσης και για την διασφάλιση της ψυχικής υγείας και συνολικής ευημερίας των εργαζομένων, μέσα από το εργασιακό περιβάλλον.

## **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΤΙΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

Σε παγκόσμια κλίμακα, παρακάτω παρουσιάζονται μερικά σημαντικά στοιχεία σύμφωνα με τα δεδομένα των ετήσιων αναφορών των οργανισμών: FAO, IFAD,

UNICEF, WFP και WHO για τα έτη 2020 έως 2023. Για το έτος 2020, οι εκτιμήσεις ανέφεραν ότι περίπου 690 εκατομμύρια άνθρωποι είναι πεινασμένοι, το οποίο μεταφράζεται στο 8,9 % του παγκόσμιου πληθυσμού – και σημειώνεται πως συγκριτικά με τα προηγούμενα δεδομένα, τα άτομα που βιώνουν πείνα αυξάνονται κατά 10 εκατομμύρια άτομα σε ένα χρόνο και κατά περίπου 60 εκατομμύρια σε πέντε χρόνια. Επιπλέον, για την ίδια χρονιά σημειώνεται πως ο αριθμός των ατόμων που επηρεάζονται από σοβαρή επισιτιστική ανασφάλεια, η οποία αποτελεί ένα άλλο μέτρο που προσεγγίζει την πείνα, δείχνει μια παρόμοια ανοδική τάση. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020)

Στην αναφορά του ίδιου έτους επίσης υπογραμμίζεται πως σε παγκόσμια κλίμακα δεν έχει πραγματοποιηθεί πρόοδος ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της μηδενικής πείνας μέχρι το 2030, ενώ εάν συνεχιστούν οι καταγεγραμμένες τάσεις, αναμένεται πως ο αριθμός των ατόμων που επηρεάζονται από την πείνα θα ξεπεράσει 840 εκατομμύρια μέχρι το 2030. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020) Επίσης, ήδη από την έναρξη της πανδημίας του SARS-COV2 η αναφορά επισημαίνει πως η διατροφική κατάσταση των πιο ευάλωτων ομάδων πληθυσμού είναι πιθανό να επιδεινωθεί περαιτέρω λόγω των επιπτώσεων της υγείας και των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων του COVID-19 και η επισιτιστική ανασφάλεια μπορεί να επιδεινώσει την ποιότητα της διατροφής και συνεπώς να αυξήσει τον κίνδυνο διαφόρων μορφών υποσιτισμού, που ενδεχομένως οδηγεί σε υποσιτισμό καθώς και υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020).

Αξίζει να σημειωθεί πως ο ρόλος της διατροφής δεν σχετίζεται μόνο με την δυνατότητα των ατόμων να έχουν πρόσβαση σε τρόφιμα και νερό, καθώς φαινόμενα υποσιτισμού ή πιο ορθά κακοθρεψίας, η οποία περιλαμβάνει τόσο την περίπτωση της έλλειψης ενέργειας ή/και μικροθρεπτικών συστατικών από την τροφή αλλά και την υπερβολική κατανάλωση αυτών και άρα την επακόλουθη αύξηση βάρους, είναι εμφανή και σε χώρες στις οποίες υπάρχει πρόσβαση και διάθεση τροφής αλλά η ποιότητα της διατροφής δεν είναι καλή – αναφερόμενοι είτε στην ποιότητα των τροφίμων είτε στην ποιότητα του διατροφικού μοντέλου. Σχετικά με αυτό, η αναφορά του 2020 επισημαίνει πως οι υγιεινές δίαιτες είναι μη προσβάσιμες για πολλούς ανθρώπους, ειδικά άτομα χαμηλότερων κοινωνικών και οικονομικών ομάδων, σε κάθε περιοχή του κόσμου, με την πιο συντηρητική εκτίμηση να δείχνει ότι τα πιο υγιεινά μοντέλα διατροφής δεν είναι προσβάσιμα για περισσότερα από 3 δισεκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020). Καθώς τα πιο υγιεινά μοντέλα διατροφής εκτιμάται ότι είναι, κατά μέσο όρο, πέντε φορές πιο δαπανηρά από τις δίαιτες που πληρούν μόνο τις διατροφικές ενεργειακές ανάγκες και λαμβάνοντας υπόψη πως το κόστος μιας υγιεινής διατροφής υπερβαίνει τη διεθνή γραμμή φτώχειας (υπολογιζόμενη ως 1,90 USD αγοραστική ισοτιμία - PPP ανά άτομο την κάθε ημέρα), είναι αναμενόμενο ένα



τέτοιο πρότυπο διατροφής να είναι μη προσβάσιμο σε άτομα χαμηλότερων κοινωνικών και οικονομικών ομάδων.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως όλες οι δίαιτες έχουν και ένα «κρυμμένο κόστος», το οποίο πρέπει να γίνει κατανοητό για τον εντοπισμό συμβιβασμών και συνεργειών για την επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης που έχουν τεθεί στις 25.09.2015 κατά τη 70η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών. Παράδειγμα τέτοιων συνδυαστικών στόχων αποτελούν οι στόχοι: [3]. *Καλή υγεία και ευεξία*, [12]. *Υπεύθυνη κατανάλωση και παραγωγή* και [13]. *Δράση για το κλίμα*, οι οποίοι συνδέονται με το στόχο [2]. *Μηδενική πείνα*, καθώς οι συνέπειες των διατροφικών επιλογών μας και των συστημάτων διατροφής είναι αλληλεξαρτώμενες. Σύμφωνα με τα πρότυπα κατανάλωσης τροφίμων του έτους 2020 τα οποία δεν βελτιώθηκαν μέχρι και σήμερα, το κόστος υγείας που σχετίζεται με τη διατροφή και που συνδέεται με τη θνησιμότητα και τις μη μεταδοτικές ασθένειες αναμένεται να υπερβεί τα 1,3 τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως μέχρι το 2030.

Από την άλλη πλευρά, η μετατόπιση σε υγιεινές δίαιτες θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση του κόστους για τη φροντίδα υγείας, αλλά και την αλλαγή του κλίματος, καθώς το κρυφό κόστος αυτών των διατροφικών μοντέλων είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με εκείνα των σημερινών προτύπων κατανάλωσης. Σύμφωνα με τους σχετικούς υπολογισμούς, η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών προτύπων θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση έως και 97% σε άμεσο και έμμεσο κόστος υγείας και σε μείωση 41-74 % στο κοινωνικό κόστος των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020). Επιπρόσθετα, η αναφορά του *Food System Economics Commission*, σημειώνει πως το κρυφό κόστος των μη μεταδοτικών ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή ανέρχεται σήμερα σε 11 τρισεκατομμύρια δολάρια σε χαμένη παραγωγικότητα των ατόμων, ενώ το ιατρικό κόστος που σχετίζεται με την παχυσαρκία αναμένεται να φτάσει τα 3 τρισεκατομμύρια δολάρια έως το 2030. Την ίδια στιγμή το κόστος του υποσιτισμού προσθέτει άλλα 3 τρισεκατομμύρια δολάρια σε κρυφό κόστος σύμφωνα με την *Παγκόσμια Τράπεζα*. Επίσης, εκτός από αυτές τις επιπτώσεις, τα επικρατούντα διατροφικά πρότυπα οδηγούν την επέκταση της χρήσης γης. Ενώ τα προϊόντα ζωικής προέλευσης αποτελούν ένα σχετικά μέτριο, αν και σημαντικό μερίδιο της συνολικής πρόσληψης θερμίδων και πρωτεϊνών, καταλαμβάνουν πάνω από το 80% της προσβάσιμης γεωργικής γης (Food System Economics Commission, 2024).

Σύμφωνα με τα δεδομένα της χρονιάς 2021, ο *επιπολασμός της υποσιτισμού* (Prevalence of Undernourishment - PoU) αυξήθηκε κατά 1,5 ποσοστιαίες μονάδες το 2020, ενώ οι συγκρούσεις, η μεταβλητότητα του κλίματος και τα ακραία φαινόμενα καθώς επίσης και η οικονομική επιβράδυνση και η ύφεση (που κατά τα έτη 2020-2021 επιδεινώθηκαν από την πανδημία COVID-19) αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες της επισιτιστικής ανασφάλειας και του

υποσιτισμού που συνέχιζαν να αυξάνονται τόσο στη συχνότητα όσο και στην ένταση, ενώ πλέον οι καταγραφές σημειώνουν πως εμφανίζονται συχνότερα σε συνδυασμό (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2021).

Κατά τον ίδιο τρόπο, η αναφορά του 2022 σημειώνει πως η απόσταση μέχρι την επίτευξη του στόχου για την μηδενική πείνα μεγαλώνει συνεχώς αντί να φτάνουμε πιο κοντά στον στόχο, ενώ η εντατικοποίηση των βασικών παραγόντων πίσω από την πρόσφατη επισιτιστική ανασφάλεια και τον υποσιτισμό (δηλαδή συγκρούσεις, κλιματικά φαινόμενα και οικονομικά σοκ) σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος των θρεπτικών τροφίμων και των αυξανόμενων ανισοτήτων θα συνεχίσουν να είναι τροχοπέδη για την επισιτιστική ασφάλεια και τη διατροφή (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2022). Για το έτος 2022, καταγράφεται για τρίτη συνεχή χρονιά, σύμφωνα με την 11η έκδοση για τον Παγκόσμιο Δείκτη Επισιτιστικής Ασφάλειας η επιδείνωση στο παγκόσμιο επισιτιστικό περιβάλλον, καθώς ο GFSI παρασύρθηκε από πτώσεις σε δύο από τους ισχυρότερους πυλώνες του – την προσιτή τιμή και την ποιότητα και την ασφάλεια των τροφίμων – και παρουσίασε συνεχή αδυναμία στους άλλους δύο. Η αύξηση των τιμών των καταναλωτικών αγαθών και των τροφίμων παγκοσμίως επηρέασε άμεσα τον δείκτη οικονομικής προσιτότητας, η οποία περιορίστηκε από τις απότομες αυξήσεις στο κόστος των τροφίμων, τη μείωση της ελευθερίας του εμπορίου και τη μειωμένη χρηματοδότηση για ανάπτυξη και εφαρμογή μέτρων ασφάλειας τροφίμων. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μια συρροή παραγόντων, όπως ο αντίκτυπος της συνεχιζόμενης πανδημίας της νόσου COVID-19, η αποσταθεροποιητική ρωσο-ουκρανική σύγκρουση και η κλιμάκωση των φυσικών καταστροφών. Στην ίδια αναφορά, τα στοιχεία για τη χώρα μας σημειώνουν πως βρίσκεται στην 31η θέση αναφορικά με το συνολικό σκορ, ανάμεσα στις 113 χώρες, ενώ επίσης είναι στην 24η θέση αναφορικά με την οικονομική και φυσική πρόσβαση σε τρόφιμα, την 61η θέση στην φυσική διαθεσιμότητα των τροφίμων και στην 40η θέση αναφορικά με την σταθερότητα και μεταβλητότητα των συστημάτων.

Είναι προφανές ότι η επισιτιστική κρίση που παρατηρείται υπερβαίνει τις απλές παροδικές οπισθοδρομήσεις και προσλαμβάνει μια βαθιά εδραιωμένη και συστημική φύση. Σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται φανερό ότι τα διατροφικά πρότυπα των ατόμων αλλάζουν θεμελιωδώς από εξωτερικές επιρροές, οι οποίες πάντοτε, παράλληλα με τις διατροφικές συνήθειες, επηρεάζουν τη συνολική ευημερία του πληθυσμού. Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με την περσινή αναφορά (2023), η παγκόσμια πείνα, που μετράται από τον επιπολασμό του υποσιτισμού (στόχος της βιώσιμης ανάπτυξης - SDG, δείκτης 2.1.1), παρέμεινε σχετικά αμετάβλητος από το 2021 έως το 2022, αλλά εξακολουθεί να είναι πολύ πάνω από τα επίπεδα της προ-COVID-19 πανδημίας, επηρεάζοντας περίπου το 9,2% του παγκόσμιου πληθυσμού το 2022 σε σύγκριση με 7,9% το 2019. Επιπλέον, είναι εξίσου σημαντικό πως ο επιπολασμός και της μέτριας ή

σοβαρής επισιτιστικής ανασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο (δείκτης SDG 2.1.2) παρέμεινε αμετάβλητος για δεύτερη συνεχόμενη χρονιά μετά από την ραγδαία αύξηση που καταγράφηκε από το 2019 έως το 2020. Αναφορικά με αυτό, περίπου το 29,6% του παγκόσμιου πληθυσμού, 2,4 δισεκατομμύρια άνθρωποι ήταν μέτρια ή σοβαρά επισφαλής για τα τρόφιμα το 2022, εκ των οποίων περίπου 900 εκατομμύρια (11,3 % των ανθρώπων στον κόσμο) ήταν σοβαρά επισφαλής (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2023).

### **ΕΠΙΣΙΤΙΣΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ Ή ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ;**

Η διατροφική ασφάλεια έχει εμφανιστεί κατά τα τελευταία έτη κυρίως ως ένα κατασκεύασμα στις Ηνωμένες Πολιτείες με στόχο να επιστήσει την προσοχή στον σημαντικό ρόλο των τροφίμων και της διατροφής στην υγεία. Το Υπουργείο Γεωργίας των Η.Π.Α (USDA) αναφέρει, για παράδειγμα, ότι «η διατροφική ασφάλεια σημαίνει ότι όλοι οι Αμερικανοί έχουν συνεχή και δίκαιη πρόσβαση σε υγιεινά, ασφαλή, οικονομικά τρόφιμα απαραίτητα για τη βέλτιστη υγεία και ευημερία». Κατά την έννοια αυτή, δομή της διατροφικής ασφάλειας σχετίζεται, αλλά διαφέρει από την δομή της επισιτιστικής ασφάλειας. Μια βασική διακριτή διαφορά ανάμεσα στις δύο έννοιες θα μπορούσε να είναι ίσως πως η επισιτιστική ασφάλεια εστιάζει κυρίως στην ποσοτική πληρότητα των τροφίμων σε ένα πληθυσμό ενώ αντίστοιχα η διατροφική ασφάλεια (έχοντας καλύψει την ποσοτική πληρότητα) εστιάζει πλέον στην ποιοτική πληρότητα της διατροφής των ατόμων. Κατά την έννοια αυτή, ένας πληθυσμός θα μπορούσε να έχει υψηλά επίπεδα επισιτιστικής ασφάλειας καθώς καλύπτει τις ποσοτικές τους ανάγκες από τρόφιμα με βασικό στοιχείο το άμυλο, ωστόσο από πλευράς διατροφικής ασφάλειας ο ίδιος πληθυσμός θα μπορούσε να βρίσκεται χαμηλά εάν η ποιότητα της διατροφής του ως συνολικό μοντέλο διατροφής δεν περιλαμβάνει επίσης και τις υπόλοιπες ομάδες τροφίμων και μάλιστα σε εξίσου υψηλά επίπεδα προσβασιμότητας και οικονομικής προσιτότητας.

Ένα άλλο στοιχείο που μπορεί ενδεχομένως να διαφοροποιήσει τις δύο αυτές έννοιες αφορά στην ικανότητα να καταγραφούν και να οριστούν με απόλυτες οικονομικές ή άλλες τιμές. Για παράδειγμα, το επίπεδο της επισιτιστικής ανασφάλειας θα μπορούσε να αξιολογηθεί με την μείωση ή αύξηση της απόλυτης τιμής των χρημάτων που διαθέτει ένας πληθυσμός για τα επισιτιστικά του έξοδα σε βάθος ενός έτους σε σχέση με την οικονομία της χώρας του. Οι Ηνωμένες Πολιτείες παρακολουθούν την επικράτηση της επισιτιστικής ανασφάλειας ετησίως από το 1995 χρησιμοποιώντας δεδομένα από την *Έρευνα Τρέχοντος Πληθυσμού* στην οποία συμπεριλαμβάνονται συγκεκριμένα δεδομένα, όπως ποσοστά φτώχειας, ασφαλιστική κάλυψη υγείας ή προσωπικό εισόδημα, ενισχύοντας την έρευνα και την πολιτική κατανόηση και προσοχή σε αυτό το πρόβλημα. Αντίστοιχα ωστόσο, τα διατροφικά προβλήματα είναι

αόρατα χωρίς ένα σύστημα συλλογής δεδομένων που να παράγει επαναλαμβανόμενα δεδομένα για την αξιολόγηση και την παρακολούθηση του προβλήματος στον πληθυσμό και επι του παρόντος δεν υπάρχουν τέτοια περιοδικά δεδομένα για την αξιολόγηση και την παρακολούθηση της διατροφικής ασφάλειας (Frongillo, 2024).

Με την κατανόηση πως υπάρχει περιορισμένη έρευνα που εξετάζει τον τρόπο ή τους τρόπους με τους οποίους η διατροφική ασφάλεια σχετίζεται με την καθιερωμένη έννοια της επισιτιστικής ασφάλειας, μια πρόσφατη μελέτη προσπάθησε να αξιολογήσει πόσο καλά μπορεί να περιγραφεί η υποκείμενη δομή της διατροφικής ασφάλειας μεταξύ ενός δείγματος συμμετεχόντων στο *Πρόγραμμα Συμπληρωματικής Διατροφικής Βοήθειας* (SNAP). Ειδικά, εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ της ασφάλειας των τροφίμων και της διατροφής και των δημογραφικών παραγόντων πρόβλεψης της κοινής κατάστασης ασφάλειας τροφίμων και διατροφής. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν πως η πλειοψηφία (80,4%) των συμμετεχόντων στο SNAP αντιμετώπισε επισιτιστική ανασφάλεια και το 59,1% ανέφερε ότι αντιμετώπιζε διατροφική ανασφάλεια. Ωστόσο, επισιτιστική ασφάλεια και η διατροφική ασφάλεια συσχετίστηκαν μέτρια (0,41) για το σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία αναφορικά με την κοινή περιγραφή και των δυο συνθηκών αφορούσαν στοιχεία όπως ότι το 55,6% των συμμετεχόντων στο SNAP ήταν ανασφαλείς τόσο για τα τρόφιμα όσο και για τη διατροφή, ενώ το 24,8% ανέφερε ότι αντιμετώπιζε διατροφική ανασφάλεια, αλλά όχι επισιτιστική ανασφάλεια. Αυτά τα ευρήματα εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο γίνεται κατανοητή και μετράται η διατροφική ασφάλεια και εάν τελικά υπάρχει (ή μπορεί να υπάρξει) προστιθέμενη αξία στην αξιολόγησή της, πέρα από τις υπάρχουσες και χρησιμοποιούμενες κλίμακες μέτρησης της επισιτιστικής ασφάλειας (Tucker et al, 2024).

Διατροφικά δεδομένα όπως τα επίπεδα παχυσαρκίας, ελλειπούς βάρους, αναιμίας, ελλείψεων σε μικροθρεπτικά συστατικά κ.ά. σε συνδυασμό με την κατάσταση της υγείας θα μπορούσαν ενδεχομένως να αποτελούν μια καλή αρχή για την δημιουργία βάσης δεδομένων διατροφικής ασφάλειας, ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει έλλειψη τεκμηρίωσης της αιτιώδους σχέσης της ποιότητας της διατροφής με τα παραπάνω και επίσης επι του παρόντος στερούμαστε ενός μοναδικού συστήματος καταγραφής αυτών των στοιχείων, κάτι που αποτελεί τροχοπέδη για την χρηστικότητα τους.

## **ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) είναι, ένα εκτενώς μελετημένο διατροφικό μοντέλο μέχρι σήμερα, με αξιόπιστες έρευνες να υποστηρίζουν τη αποδοτικότητα της για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου και τη μείωση του κινδύνου

ασθένειας. Επιπλέον, αυτό το διατροφικό μοντέλο έχει αξιολογηθεί για τα οφέλη του έναντι μιας σειράς παθολογικών καταστάσεων όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά, ενώ εδώ και αρκετά χρόνια η έρευνα έχει διευρυνθεί και σε άλλες ασθένειες (Deligiannidou et al, 2019a, Deligiannidou et al, 2019b).

Αν και ο μεσογειακός τρόπος διατροφής βασίζεται σε παραδοσιακά φαγητά από τις 21 χώρες που περιβάλλουν τη Μεσόγειο Θάλασσα, στην βασική περιγραφή της ΜΔ, το φαγητό δεν είναι το μόνο επίκεντρο προσέγγισης. Στην πραγματικότητα το διατροφικό μοντέλο της ΜΔ αποτελεί πρότυπο τρόπου ζωής που δίνει έμφαση τόσο στα στοιχεία των τροφίμων όσο και στην φυσική δραστηριότητα - περπάτημα, ποδηλασία, κηπουρική, καθώς και στην προσεκτική κατανομή των τροφίμων και των γευμάτων μέσα στην ημέρα, αλλά και στα κοινωνικά οφέλη της κατανάλωσης των γευμάτων με φίλους και οικογένεια.

Κατά την τελευταία δεκαετία, η έννοια της βιωσιμότητας έχει επίσης προστεθεί στους παράγοντες που εμπλέκονται στην επισιτιστική ασφάλεια. Αυτό οδήγησε σε μια πιο ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση στα βιώσιμα συστήματα τροφίμων και της διατροφής στο πλαίσιο ενός διατροφικού μοντέλου, που λαμβάνει επίσης υπόψη τους περιβαλλοντικούς παράγοντες - περιβάλλον, γεωπολιτική κατάσταση, δημογραφικά στοιχεία, κανονισμούς πολιτικής, επισιτιστική και διατροφική ασφάλεια, υγεία, κοινωνικο-πολιτιστικούς και οικονομικούς παράγοντες, καθώς επίσης και παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος όπως η επιστήμη και η τεχνολογία και υποδομές σε επίπεδο κοινωνίας και χώρας (Berry, 2019).

Αναφορικά με τον περιβαλλοντικό αντίκτυπο αυτού του μοντέλου διατροφής, τα δεδομένα στηρίζουν πως η ΜΔ είναι πράγματι περιβαλλοντικά βιώσιμη και προσφέρει μια ισορροπημένη προσέγγιση τόσο για την υγεία όσο και για τον πλανήτη. Αξίζει να σημειωθεί πως αυτό το διατροφικό πρότυπο ενσωματώνει προϊόντα που ασκούν λιγότερη πίεση στους πόρους του εδάφους και του νερού, ενώ προωθεί επίσης τοπικά, εποχιακά τρόφιμα και ελαχιστοποιεί την εξάρτηση από ζωικά προϊόντα έντασης πόρων. Επιπλέον, εστιάζοντας σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης, η ΜΔ συμβάλλει στη μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου σε σύγκριση με τις δίαιτες πλούσιες σε κρέας και γαλακτοκομικά. Επιπρόσθετα, όσον αφορά τη βιοποικιλότητα και τον αγροτικό τρόπο διαβίωσης, η ΜΔ υποστηρίζει τη βιοποικιλότητα ενθαρρύνοντας ποικίλες καλλιέργειες και παραδοσιακές πρακτικές τροφίμων, ενώ βελτιώνει τις συνθήκες διαβίωσης των αγροτικών πληθυσμών. Κατά την έννοια αυτή, τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο φανερό πως η τήρηση ενός υγιούς διατροφικού μοντέλου θα πρέπει πέρα από οφέλη για την υγεία των ατόμων να εξυπηρετεί ή και να τηρεί επιπλέον 3 βασικές αρχές βιώσιμης ανάπτυξης αναφορικά με την διατροφή:

- Λήψη του μεγαλύτερου μέρους της πρωτεΐνης από φυτά και κατανάλωση περισσότερων φρούτων, λαχανικών, ξηρών καρπών, οσπρίων και δημητριακών ολικής αλέσεως.

- Προμήθεια τροφίμων που παράγονται με βιώσιμο τρόπο.
- Μείωση της σπατάλης τροφίμων.

Εδώ πλέον έχει εισαχθεί ο όρος του *Αειφόρου Συστήματος Τροφίμων*, το οποίο ορίζεται στη βιβλιογραφία ως ένα σύστημα τροφίμων που διασφαλίζει την *επισιτιστική ασφάλεια και τη διατροφή* (Food Security and Nutrition - FSN) για όλους με τέτοιο τρόπο ώστε να μην διακυβεύονται οι οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές βάσεις για τη δημιουργία επισιτιστικής ασφάλειας και διατροφής των μελλοντικών γενεών (Timmermans et al, 2014).

Όπως αναφέρει η *Food System Economics Commission*, σε πολύ πρόσφατο δημοσίευμα, τα διατροφικά μοτίβα για το πώς και το πού συναντιούνται και τρώνε οι άνθρωποι έχουν εξελιχθεί για να παρέχουν γρήγορο, φθινό φαγητό που βασίζεται σε ένα επιβλαβές διακρατικό βιομηχανικό σύστημα τροφίμων. Αυτή η τάση έχει επιπτώσεις στην υγεία, την ανθεκτικότητα και τη γεωργική βιωσιμότητα. Η αλλαγή της διατροφής είναι ζωτικής σημασίας για την αναστροφή του παγκόσμιου αντίκτυπου στην υγεία, τη μακροζωία και το περιβάλλον (Food System Economics Commission, 2024).

## **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των διατροφικών συνθηκών, του επιπέδου της επισιτιστικής ασφάλειας και του επιπέδου της ευεξίας των συμμετεχόντων και η συσχέτιση τους με την φύση της εργασίας τους. Ειδικότερα, με την χρήση κατάλληλα δομημένου ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν αναφορικά με τα γενικά δημογραφικά τους στοιχεία – συμπεριλαμβανομένων στοιχείων αναφορικά με την εργασία τους, τις διατροφικές τους συνήθειες (Ερωτηματολόγιο MEDAS-14), το επίπεδο της επισιτιστικής ασφάλειας (Household Food Security Survey Module - CCHS) και το επίπεδο της ευεξίας όπως αποτυπώνεται μέσα από το σύνολο 9 ερωτήσεων.

Στο ερωτηματολόγιο μπορούσαν να απαντήσουν ενήλικα άτομα τα οποία κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν εργαζόμενοι σε οποιοδήποτε τομέα.. Οι απαντήσεις συλλέχθηκαν από τον Ιούλιο έως τον Δεκέμβριο του 2023.

## **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

A) Στο πρώτο μέρος οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν αναφορικά με γενικά δημογραφικά και βασικά ανθρωπομετρικά στοιχεία για τον υπολογισμό του ΔΜΣ.

B) Στο δεύτερο μέρος οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις αναφορικά με τις διατροφικές τους συνήθειες κατά το τελευταίο δίμηνο. Στις

ερωτήσεις συμπεριλαμβάνονται τα 14 σημεία που εξετάζει το εργαλείο MEDAS-14. Το ερωτηματολόγιο MEDAS-14 αποτελεί ένα τεκμηριωμένο εργαλείο για την διερεύνηση της προσήλωσης των ενηλίκων πληθυσμός με το διατροφικό μοντέλο της ΜΔ με τον υπολογισμό ενός σκορ. Για κάθε μια από τις ερωτήσεις του MEDAS-14 ο συμμετέχοντας λαμβάνει 1 πόντο όταν η απάντηση υποδηλώνει προσήλωση με το μοντέλο της ΜΔ και 0 πόντους στην αντίθετη περίπτωση. Κατά τον τρόπο αυτό, το σκορ προσήλωσης που προσεγγίζει το 14 είναι αυτό που είναι πιο κοντά στο πρότυπο της ΜΔ. Στις ερωτήσεις αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες περιλαμβάνονται επίσης ερωτήσεις που δεν καλύπτει το MEDAS-14, όπως η κατανάλωση νερού, η προτίμηση κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά και η κατανάλωση προϊόντων ολικής άλεσης.

Γ) Στο τρίτο μέρος χρησιμοποιήθηκε μέρος του εργαλείου αξιολόγησης της επισιτιστικής ασφάλειας (CCHS Household Food Security Survey Module). Για τις ερωτήσεις αυτές οι συμμετέχοντες απαντούν αναφορικά με την έλλειψη τροφής κατά το τελευταίο διάστημα ή την ανεπαρκή κατανάλωση της, ατομικά ή σε επίπεδο νοικοκυριού. Επίσης, το εργαλείο συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις αναφορικά με το επίπεδο της πείνας που ένιωσε το άτομο κατά το τελευταίο διάστημα αλλά και για την πιθανή απώλεια βάρους του εξαιτίας ελλιπής διατροφής.

Δ) Στο τέταρτο μέρος οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αξιολογούν την υποκειμενική τους αντίληψη για την κατάσταση της ευεξίας τους σε κλίμακα *Likert* (0-10).

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Αναφορικά με τα γενικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (Πίνακας 1), το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν γυναίκες (65.2%) ηλικίας  $44 \pm 11$  ετών, ενώ οι άνδρες αντιπροσώπευαν το υπόλοιπο 34.8% και είχαν ηλικία  $39 \pm 12$  έτη.

Το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν εργαζόμενοι (2 ερωτηματολόγια απορρίφθηκαν καθώς οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως επάγγελμα «άνεργος» ή «φοιτητής») με το μεγαλύτερο μέρος να αφορά εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (52.2%) συμπεριλαμβανομένων γιατρών, φαρμακοποιών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, και φυσιοθεραπευτών, ακολουθούμενο από τον τομέα της διοίκησης σε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα (15.9%) συμπεριλαμβανομένων διοικητικών υπαλλήλων, λογιστών και υπαλλήλων γραφείου και την εστίαση (13.0%) συμπεριλαμβανομένων σερβιτόρων και παρασκευαστών.

Πίνακας 1. Γενικά δημογραφικά στοιχεία.

		Άνδρες N (48)	Γυναίκες N (90)
Ηλικία (σε έτη)	Μέση τιμή (median)	40	48
	Μέσος όρος (mean)	39	44
	Διακύμανση (SD)	12	11
ΔΜΣ	Μέση τιμή (median)	26.35	23.79
	Μέσος όρος (mean)	27.53	25.47
	Διακύμανση (SD)	3.89	5.25
ΔΜΣ Class	Ολιγοβαρής	0 (0.0%)	2 (2.2%)
	Φυσιολογικός	21 (43.8%)	52 (57.8%)
	Υπέρβαρος	16 (33.3%)	22 (24.4%)
	Παχύσαρκος	11 (22.9%)	14 (15.6%)
Τομέας εργασίας	Διοίκηση Οικονομικά	6 (12.5%)	16 (17.8%)
	Εκπαίδευση	6 (12.5%)	2 (2.2%)
	Ελεύθερο Επάγγελμα	8 (16.7%)	6 (6.7%)
	Εστίαση	8 (16.7%)	10 (11.1%)
	Πρωτογενής Παραγωγή	6 (12.5%)	0 (0.0%)
	Υγεία	14 (29.2%)	56 (62.2%)
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	Λιγότερο από 10	4 (8.3%)	6 (6.7%)
	10 - 20	6 (12.5%)	0 (0.0%)
	21 - 30	2 (4.2%)	6 (6.7%)
	31 - 40	14 (29.2%)	40 (44.4%)
	Περισσότερο από 40	22 (45.8%)	38 (42.2%)

Σχετικά με τις ώρες εργασίας των συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα δείχνουν πως για περισσότερες από 40 ώρες/εβδομάδα εργάστηκαν κυρίως τα άτομα που απασχολούνται στον τομέα της Διοίκησης και των Οικονομικών, ακολουθούμενα από τους εργαζόμενους στην Εστίαση και στην Εκπαίδευση.

Επίσης, αναφορικά με το διατροφικό προφίλ το σύνολο του δείγματος είχε μέσο όρο ΔΜΣ στις τιμές των τάξεων «Φυσιολογικό» έως «Υπέρβαρο» με τις γυναίκες να βρίσκονται ελάχιστα πίσω από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων ( $p>0,05$ ).

Γενικά, υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας καταγράφηκαν για τους άνδρες (22,9%) έναντι των γυναικών (15,6%).



Πίνακας 2. Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ανά τομέα εργασίας.

	Διοίκηση Οικονομικά	Εκπαίδευση	Ελεύθερο Επάγγελμα	Εστίαση	Πρωτογενής Παραγωγή	Υγεία
ΔΜΣ Median	25.17	26.87	28.73	27.19	24.07	25.85
Mean ± SD	23.23±3.91	26.65±4.78	29.38±4.28	29.29±4.22	23.91±1.16	24.44±5.52

Επιπλέον, αναφορικά με τον τομέα εργασίας, υψηλότερο ΔΜΣ εμφάνισαν οι συμμετέχοντες που ασκούσαν ελεύθερο επάγγελμα ή εργάζονται στην εστίαση, ενώ οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στον τομέα της πρωτογενούς παραγωγής (εντός των φυσιολογικών ορίων), ακολουθούμενοι από τον τομέα της Διοίκησης και της Υγείας, με τους δύο τελευταίους να βρίσκονται στα όρια του «υπέρβαρου» προφίλ.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

Αναφορικά με τα διατροφικά στοιχεία των συμμετεχόντων τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες είχαν μέτριο προς χαμηλό σκορ στην αξιολόγηση της προσήλωσης στην ΜΔ με μέσες τιμές 6,00 (Μ.Ο.: 5.64, SD: 1.83) και 5,00 αντίστοιχα (Μ.Ο.: 4.87, SD: 1.92).

Αξίζει να σημειωθεί πως σε κάθε περίπτωση η μέγιστη τιμή στο σκορ ΜΔ για το σύνολο του δείγματος ήταν το 9 στα 14, υποδηλώνοντας πως ακόμα και στο μέγιστο του δείγματος η προσήλωση ήταν μέτρια και κανένας από τους συμμετέχοντες δεν συμπλήρωσε σκορ υψηλής προσήλωσης.

Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μια τάση προς καλύτερο ΔΜΣ (κυρίως στις γυναίκες) όταν συνυπάρχει καλύτερο σκορ Μεσογειακής διατροφής.

Πραγματοποιώντας μια ανάλυση της συσχέτισης του ΔΜΣ και του σκορ ΜΔ (Spearman's correlation) τα δεδομένα δείχνουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στους δυο δείκτες ( $p < 0,05$ ).

Συγκεκριμένα η συσχέτιση έχει αρνητική φορά αλλά μικρή ένταση (-0.384) και δεν προσομοιάζει μια ξεκάθαρη γραμμική σχέση.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση πως αν και μέτριας προσήλωσης, το καλύτερο μέσο όρο προσήλωσης είχαν τα άτομα εργάζονται για 21-30 ώρες σε μια τυπική εβδομάδα (σχεδόν 5-6 ώρες ανά ημέρα εάν αφορά πενήμερη εργασία), ακολουθούμενοι από τα άτομα που εργάζονται επίσης λίγες ώρες - στην κατηγορία των 10-20 ωρών.

Επίσης, η εργασία για λιγότερες από 10 ώρες και αντίστοιχα για περισσότερες από 40 ώρες ανά εβδομάδα, παρουσίασαν παρόμοια αποτελέσματα αναφορικά με την συμμόρφωση στην ΜΔ.

Πίνακας 3. Σκορ μεσογειακής διατροφής ( MEDAS-14 Score) σε σχέση με τις ώρες εργασίας.

MEDAS-14	Λιγότερο από 10	10 - 20	21-30	31-40	Περισσότερο από 40
Median	5.00	6.00	6.50	5.00	6.00
Mean± SD	5.40±1.95	5.66±2.25	6.00±2.00	5.18±1.88	5.43±1.88

Εξετάζοντας τα επιμέρους στοιχεία του σκορ της *Μεσογειακής Διατροφής* έχει ενδιαφέρον η παρατήρηση πως οι ομάδες τροφίμων των φρούτων, των ψαριών και των οσπρίων καθώς επίσης και η χαμηλή κατανάλωση κρασιού είναι αυτές που στερούν πόντους προσήλωσης για της γυναίκες ενώ για τους άνδρες η χαμηλή κατανάλωση σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ψάρια, καθώς επίσης και η υψηλή ποσότητα κατανάλωση ελαιολάδου είναι τα στοιχεία που αφαιρούν πόντους από το σκορ τους. Ειδικά σχετικά με την κατανάλωση ελαιολάδου ως την βασική πηγή λίπους στην διατροφή, η ανάλυση  $\chi^2$  έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάλογα με το φύλο και πως οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιούν το ελαιόλαδο ως την βασική πηγή λίπους στην διατροφή τους (Pearson Chi-Square: 6.055,  $p = 0,014$ , Συντελεστής συσχέτισης: -0.209 )

Κατά τον ίδιο τρόπο, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάλογα με το φύλο για τη κατανάλωση γλυκών ροφημάτων (πιο πιθανό είναι να το ακολουθήσουν οι άνδρες,  $p=0.036$ , Συντελεστής συσχέτισης: 0.178), την κατανάλωση ψαριών (πιο πιθανό είναι να το ακολουθήσουν οι γυναίκες,  $p=0.005$ , Συντελεστής συσχέτισης: -0,237) και την κατανάλωση ξηρών καρπών (πιο πιθανό είναι να το ακολουθήσουν οι άνδρες,  $p=0.040$ , Συντελεστής συσχέτισης: 0,175).

Επίσης σε κοντινή τιμή (αλλά όχι στατιστικά σημαντική για το μέγεθος του δείγματος αυτής της μελέτης) είναι και η κατανάλωση εμπορικών γλυκών, με πιο πιθανό να το ακολουθήσουν οι γυναίκες ( $p=0.055$ , Συντελεστής συσχέτισης: -0,164).

Επίσης, αναφορικά με τον αριθμό γευμάτων που καταναλώνονται σε μια τυπική ημέρα, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων (42,2%) ανέφερε πως καταναλώνει σταθερά τρία γεύματα, ενώ το 27,5% καταναλώνει τέσσερα γεύματα ανεξάρτητα από τις ώρες εργασίας που έχουν σε βάθος εβδομάδας. Τέλος, αναφορικά με τα υπόλοιπα στοιχεία της διατροφής που εξετάστηκαν, αξίζει να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων προτιμά την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά, καθώς επίσης και την κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης.

Επίσης, η κατανάλωση γάλατος και γαλακτοκομικών είναι μεγαλύτερη για τις γυναίκες έναντι των ανδρών αναφορικά με την ποσότητα κατανάλωσης σε μια τυπική ημέρα, ενώ αντίστοιχα οι άνδρες προηγούνται σημαντικά στην καθημερινή κατανάλωση καφεϊνούχων ροφημάτων.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση πως αναφορικά με την κατανάλωση καφεϊνούχων ροφημάτων και ειδικά στην συχνότητα κατανάλωσης «περισσότερα από τρία» την ημέρα, οι κατηγορίες που κατέγραψαν τα υψηλότερα ποσοστά ήταν τα άτομα που εργάζονται για λιγότερο από 10 ώρες/εβδομάδα (40%), ακολουθούμενοι από τα άτομα που εργάζονται για περισσότερες από 40 ώρες/εβδομάδα (23.3%).

Επίσης, συχνότερη κατανάλωση καφεϊνούχων (περισσότερα από 3 την ημέρα) κατέγραψαν οι εργαζόμενοι στην Πρωτογενή παραγωγή (33.3%), ακολουθούμενοι από τους εργαζόμενους ως Ελεύθεροι επαγγελματίες (28.6%) και στην Διοίκηση (27.3%).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως αναφορικά με την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά και δημητριακών ολικής άλεσης, σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ανέφερε πως δεν προτιμά αυτά τα προϊόντα σε ποσοστά 42.9% και 48.6%, αντίστοιχα.

### *ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΙΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ*

Αναφορικά με τα δεδομένα του δείγματος για το επίπεδο της επισιτιστικής ασφαλείς, ένα μικρό ποσοστό (2,8%) των ερωτηθέντων απάντησε πως μερικές φορές έως συχνά οι ίδιοι ή άλλα μέλη της οικογένειας τους δεν είχαν αρκετά τρόφιμα για κατανάλωση.

Οι απαντήσεις αυτές προέρχονται κυρίως από άτομα που εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες ή στην εστίαση σε ποσοστά 14,3% και 11,1%, αντίστοιχα. Επίσης, σε ποσοστό 7,2% οι συμμετέχοντες απάντησαν πως κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την διεξαγωγή της μελέτης (σχεδόν το δεύτερο μισό του 2022 και το πρώτο μισό του 2023) συχνά ανησυχούσαν πως τα τρόφιμα του νοικοκυριού τους θα τελειώσουν πριν να λάβουν περισσότερα χρήματα για να προμηθευτούν επιπλέον τρόφιμα. Αυτό ήταν επίσης αληθές για το 33,3% των ερωτηθέντων σε μικρότερη συχνότητα (μερικές φορές κατά τους τελευταίους 12 μήνες).

Θετικές απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα προέρχονταν επίσης κυρίως από άτομα που εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες ή στην εστίαση, ωστόσο για ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων στον πρωτογενή τομέα (περίπου 30%) η έλλειψη χρημάτων για την προμήθεια επιπλέον φαγητού ήταν συχνά αληθής και το ίδιο ίσχυε για 5,7% των ερωτηθέντων που εργάζονται στον τομέα της υγείας.

Επιπλέον, σχεδόν το 29,0% των ερωτηθέντων ανέφερε πως κατά τους τελευταίους 12 μήνες μερικές φορές έως συχνά, το φαγητό που αγοράστηκε δεν ήταν αρκετό ώστε να διαρκέσει και δεν υπήρχαν χρήματα για να προμηθευτούν περισσότερα τρόφιμα, κάτι που επίσης σε ποσοστό 8,7% σήμαινε πως συχνά τα γεύματα που καταναλώθηκαν δεν ήταν ισορροπημένα, ενώ σε ποσοστό

13,0% χρειάστηκε να παραληφθούν γεύματα μέσα στην ημέρα ή να μειωθεί το μέγεθος των γευμάτων για ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας. Αυτή η μεταβολή της συχνότητας ή του μεγέθους των γευμάτων ήταν αληθής σχεδόν για κάθε μήνα τους τελευταίους 12 μήνες σε 14,5% των ερωτηθέντων. Επιπλέον, η μείωση του μεγέθους των γευμάτων ή η παράλειψη κάποιου γεύματος μέσα στην ημέρα ήταν αληθής κυρίως για τους εργαζόμενους στην εστίαση (33,3%) ενώ οι εργαζόμενοι ως ελεύθερους επαγγελματίες και οι εργαζόμενοι στην υγεία επίσης είχαν σημαντικά ποσοστά θετικών απαντήσεων (14,3%, και για τις δυο ομάδες).

Ειδικά για την ομάδα των εργαζομένων στην υγεία, η μείωση ή παράλειψη των γευμάτων σε συχνότητα σχεδόν κάθε μήνα ήταν αληθής για 11,4% των ερωτηθέντων.

Αξίζει να σημειωθεί πως το ίδιο ποσοστό (11,4%) των εργαζομένων στην υγεία ανέφερε πως κατανάλωσε λιγότερη τροφή από αυτή που πραγματικά θα ήθελε, ενώ στο σύνολο του δείγματος σχεδόν 10% των ερωτηθέντων αναφέρει πως κατά τους τελευταίους 12 μήνες κατανάλωσε λιγότερη τροφή από αυτή που πραγματικά θα ήθελε (έχοντας παραμείνει πεινασμένος) και για το 5,8% των ερωτηθέντων αυτή η έλλειψη αποδόθηκε στην αδυναμία να καλυφθεί οικονομικά ένα μεγαλύτερο ή πιο πλήρες γεύμα.

Επίσης, 2,9% των ερωτηθέντων ανέφερε πως υπήρξαν μέρες που δεν κατανάλωσαν σχεδόν καθόλου φαγητό καθώς δεν μπορούσαν να καλύψουν οικονομικά αυτή την ανάγκη με το ίδιο ποσοστό να αναφέρει πως έχει επίσης χάσει φάρος λόγω ελλιπούς διατροφής, ενώ η μη κατανάλωση τροφής σε βάθος ημέρας ήταν αληθής σε συχνότητα σχεδόν κάθε μήνα κατά τους τελευταίους 12 μήνες σε ποσοστό 10,1% των ερωτηθέντων.

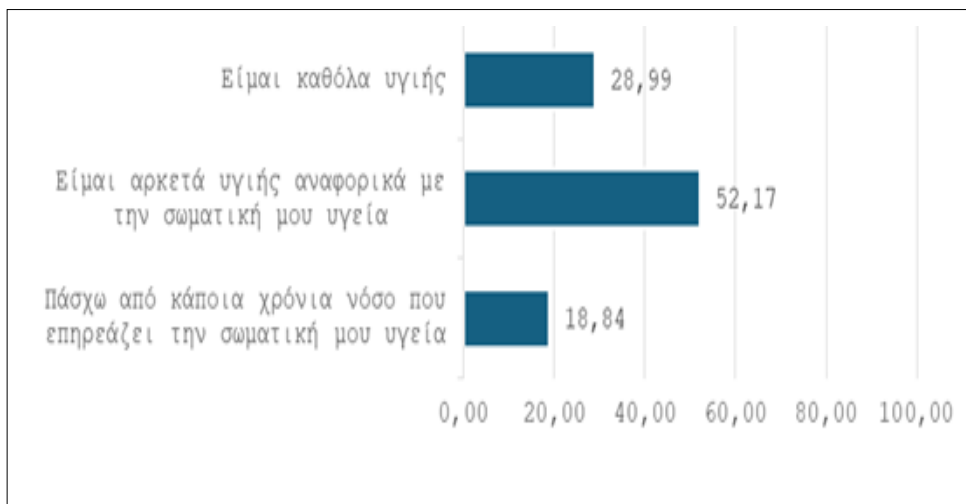
Αναφορικά με την απώλεια βάρους λόγω ελλιπούς διατροφής, θετικές απαντήσεις καταγράφηκαν μόνο από τους τομείς του ελεύθερου επαγγέλματος και της υγείας σε ποσοστά 14,3% και 2,9%, αντίστοιχα έναντι των αρνητικών απαντήσεων.

Αντίστοιχα, θετικές απαντήσεις για την παράλειψη γευμάτων ολοκληρωτικά μέσα στην ημέρα λήφθηκαν μόνο από τους εργαζόμενους ως ελεύθερους επαγγελματίες και τους εργαζόμενους στην εστίαση σε ποσοστά 14,3% και 11,1%, αντίστοιχα έναντι των αρνητικών απαντήσεων.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΥΕΞΙΑΣ

Πριν εξεταστούν τα αποτελέσματα της μελέτης αναφορικά με την ευεξία είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων ανέφερε πως είτε είναι καθ' όλα υγιής (28,99%) είτε είναι αρκετά υγιής αναφορικά με την σωματική του υγεία (52,17%) και μόνο το 18,84% (N=26) ανέφερε την ύπαρξη νόσου που επηρεάζει την σωματική του υγεία.

Ωστόσο, 34,8% των ερωτηθέντων (N=48) ανέφερε την λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την βελτίωση της υγείας του (χωρίς να γίνεται διάκριση ανάμεσα στην σωματική ή ψυχική υγεία).



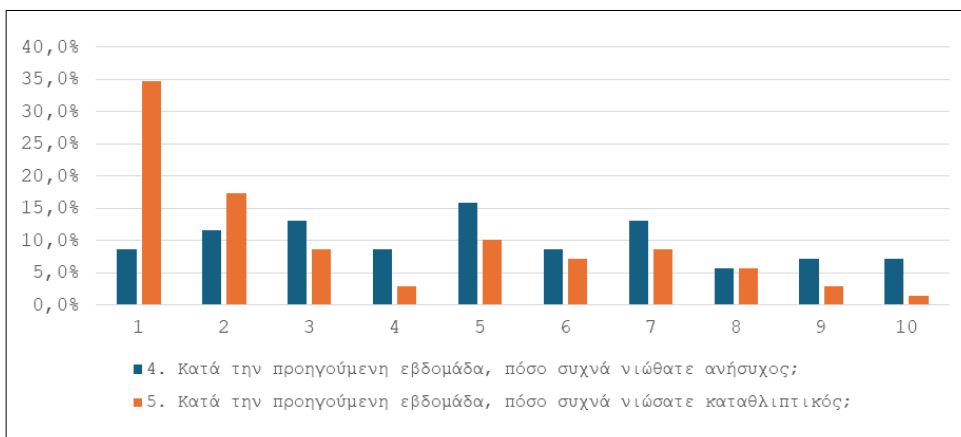
Γράφημα 1. Επίπεδο υγείας.

Αναφορικά με τα στοιχεία ευεξίας των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο μέρος τους απάντησε θετικά (σημειώνοντας τιμές μεγαλύτερες από 6 στην κλίμακα) αναφορικά με την ικανοποίησή τους από την ζωή τους και την γενική τους αντίληψη πως αυτά που κάνουν στην καθημερινότητά τους αξίζουν τον κόπο. Συγκεκριμένα σε αυτές τις δύο ερωτήσεις, απαντήσεις μεγαλύτερες ή ίσες με 6 στην κλίμακα συγκέντρωσαν ποσοστά 76,8% και 78,2%, αντίστοιχα.

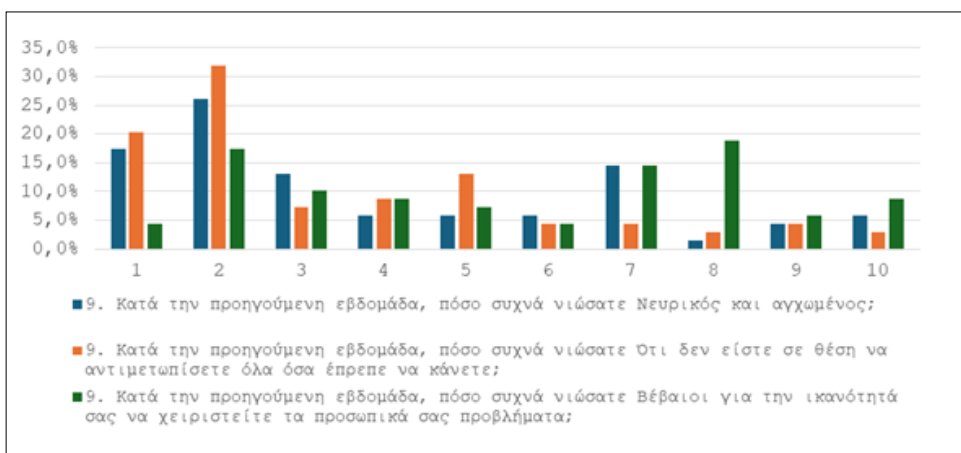
Αξίζει να σημειωθεί πως σημαντικά ποσοστά κάτω από την τιμή 5 της κλίμακας σημειώθηκαν κυρίως στους εργαζόμενους στο ελεύθερο επάγγελμα και στην εστίαση.

Επίσης, αντίθετη φορά – στραμμένη προς τις μικρότερες τιμές της κλίμακας – είχαν γενικά οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την ύπαρξη αισθήματος ανησυχίας και κατάθλιψης κατά την τελευταία εβδομάδα, με τις μεγαλύτερες τιμές (άρα πιο έντονα συναισθήματα ανησυχίας και κατάθλιψης) να σημειώνονται στους εργαζόμενους επίσης στο ελεύθερο επάγγελμα και την εστίαση, ακολουθούμενους από τους εργαζόμενους στην υγεία.

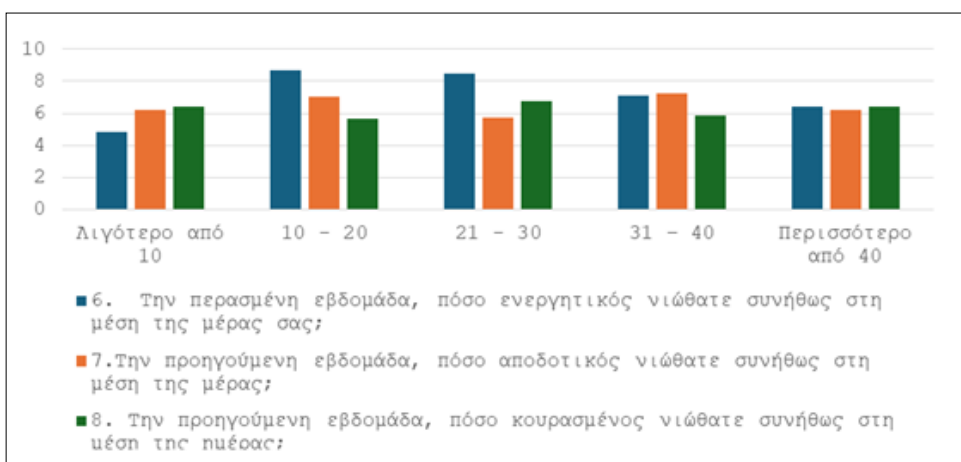
Επιπλέον, αναφορικά με την υποκειμενική αξιολόγηση του στρες, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων είχε απαντήσεις στις χαμηλότερες τιμές της κλίμακας, με τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους εργαζόμενους στη διοίκηση να βιώνουν πιο συχνά νευρικότητα, και τους εργαζόμενους στην πρωτογενή παραγωγή και την εστίαση να αισθάνονται πιο ικανοί να ανταπεξέλθουν στις εργασιακές προκλήσεις και τα προσωπικά προβλήματα.



Γράφημα 2. Αίσθημα ανησυχίας και κατάθλιψης κατά την τελευταία εβδομάδα.



Γράφημα 3. Αξιολόγηση του επιπέδου του στρες.



Γράφημα 4. Αξιολόγηση ενεργητικότητας, αποδοτικότητας και κούρασης.

Επίσης, τα άτομα που εργάσθηκαν 10-20 ή 20-30 ώρες την εβδομάδα, είχαν υψηλότερες τιμές ενεργητικότητας στη μέση της ημέρας ενώ οι πρώτοι εμφάνισαν επίσης μικρότερες τιμές κούρασης σημειώνοντας επίσης τιμές αποδοτικότητας σε τιμή 7 από τα 10 της κλίμακας.

Αξίζει να σημειωθεί πως δεν υπήρξε συσχέτιση της ενεργητικότητας, της αποδοτικότητας και της κούρασης σε σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων, ωστόσο έχει ενδιαφέρον η παρατήρηση πως το αίσθημα της νευρικής και του άγχους δείχνει να μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας (μετά τα 40) για τις γυναίκες, κάτι το οποίο δεν φαίνεται να ισχύει για τους άνδρες, ανεξάρτητα από τον τομέα εργασίας τους.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογήσει την σχέση των διατροφικών συνηθειών και της ευεξίας των εργαζομένων. Σημαντικοί περιοριστικοί παράγοντες για την εξαγωγή συμπερασμάτων από την παρούσα μελέτη αποτελούν το μικρό μέγεθος του δείγματος ο οποίος κατ' επέκταση δεν επιτρέπει την συλλογή επαρκούς αριθμού δεδομένων για τον κάθε τομέα εργασίας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να μας δώσουν κάποιες ενδείξεις αναφορικά με τα διατροφικά χαρακτηριστικά και τη κατάσταση της επισιτιστικής ασφάλειας του δείγματος που μελετήθηκε.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία αναφορικά με την μειωμένη προσήλωση στην Μεσογειακή διατροφή για το σύνολο του δείγματος μας, κάτι το οποίο έχει καταγραφεί και σε προηγούμενες μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας τόσο στην χώρα μας όσο και σε άλλες χώρες της Μεσογείου (Quarta et al, 2021). Σχετικά με αυτό, έχει επίσης ενδιαφέρον να εξεταστεί εάν αυτή η απομάκρυνσή από το μεσογειακό πρότυπο διατροφής μπορεί επίσης να έχει συνέπειες και στην επισιτιστική ασφάλεια του πληθυσμού. Αναγνωρίζοντας πως το μοντέλο της Μεσογειακής διατροφής αποτελεί ένα βιώσιμο μοντέλο διατροφής σύμφωνα με την βιβλιογραφία που αναφέρθηκε στην εισαγωγή θα ήταν ίσως αναμενόμενο η απομάκρυνσή από αυτό να οδηγεί σε υψηλότερα κόστη και άρα μειωμένη επισιτιστική ασφάλεια. Σε αυτό το πλαίσιο, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, βασικά σημεία συνεισφοράς στην μειωμένη προσήλωση στην Μεσογειακή διατροφή για το εξετασμένο δείγμα αποτέλεσαν η επίσης μειωμένη κατανάλωση φρούτων, ψαριών και οσπρίων. Από αυτές τις ομάδες τροφίμων, μόνο τα όσπρια μπορούν ίσως να θεωρηθούν μια οικονομική τροφή και άρα η έλλειψη των άλλων δυο θα μπορούσε ίσως να αποδοθεί όχι τόσο στην γενική αποστροφή από το πρότυπο της διατροφής αλλά στην οικονομική αδυναμία να προμηθευτούν και να καταναλωθούν σε συχνότητα που να συμφωνεί με τις συστάσεις. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί πως η διαθεσιμότητα φρέσκων φρούτων και λαχανικών στα μανάβικα της γειτονίας

σχετίζεται με την ικανότητα παραγωγής και συγκομιδής τους στην περιοχή μας, ενώ αντίστοιχα, η περιορισμένη παραγωγή τους μειώνει την διαθεσιμότητα και επιδρά επίσης και στην τιμή τους. Λαμβάνοντας υπόψη τις επιδράσεις της κλιματικής αλλαγής στην χώρα μας και στον κόσμο, είναι κατανοητό πως ο παράγοντας της διαθεσιμότητας αποτελεί ήδη τροχοπέδη για την πρόσβαση σε αυτές τις ομάδες τροφίμων (Craveiro et al, 2021).

Αντίστοιχα, και επίσης αναφορικά με την ποιότητα της διατροφής, έχει αξία να παρατηρήσουμε πως ακόμα και αν υπάρχει ποσοστό των συμμετεχόντων που κατά δήλωση τους καταναλώνει μειωμένη ποσότητα τροφής, έχει παραλείψει γεύματα για ολόκληρες μέρες και έχει σημειώσει μείωση τους βάρους του κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ωστόσο τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων στο δείγμα παραμένουν υψηλά. Αυτό θα μπορούσε ίσως να αποδοθεί στην τάση να καταναλώνονται γεύματα τα οποία οικονομικά κοστίζουν λίγο, ενεργειακά αποδίδουν αρκετά, αλλά θρεπτικά είναι εξαιρετικά φτωχά. Η μειωμένη ποιότητα των τροφίμων μπορεί πράγματι να συμβάλει στην εμφάνιση παχυσαρκίας ή και στην αύξηση του επιπέδου της. Συγκεκριμένα, ενώ η ποσότητα των θερμίδων που καταναλώνονται παίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του βάρους, το είδος των θερμίδων έχει επίσης σημασία για ένα υγιές βάρος αλλά και μια σωστή σύσταση του σώματος. Αναφορικά λοιπόν με τις διατροφικές επιλογές προς πιο υγιεινά και θρεπτικά τρόφιμα, πρέπει να υπογραμμιστεί ο ρόλος της ποιότητας τους που επίσης εξαρτάται από το περιβάλλον και την διάθεση (Pineda et al, 2024).

Αναφορικά με το επίπεδο της επισιτιστικής ασφάλειας στο δείγμα της μελέτης, αξίζει να σημειωθεί πως ο κλάδος των ελευθέρων επαγγελματιών ήταν αυτός που είχε υψηλότερες θετικές απαντήσεις ανασφάλειας, ο οποίος επίσης ήταν και ο κλάδος με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να σημειώσει μειωμένα ποσοστά ευεξίας. Αν και πρόσφατες μελέτες αναφέρουν μειωμένα φαινόμενα στρες στα άτομα που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρος ο διαχωρισμός πως αυτό το στρες αφορά το εργασιακό περιβάλλον και όχι γενικά την ζωή των ατόμων (Bogan et al, 2022). Είναι κατανοητό επίσης, πως μια μελέτη για το στρες στο πλαίσιο της καθημερινότητας ενός ελεύθερου επαγγελματία στην Αμερική ίσως να μην μπορεί να ταυτιστεί ακριβώς με τα δεδομένα της Ελλάδας. Αρκεί ίσως να αναφέρουμε πως σύμφωνα με την IRS (Internal Revenue Service) των Η.Π.Α. ο φόρος των ελευθέρων επαγγελματιών ανέρχεται σε ποσοστό 15,3%, όταν στην Ελλάδα φορολογούνται με την κλίμακα των μισθωτών.

Επίσης ενδιαφέρον έχει η καταγραφή ποσοστού επισιτιστικής ανασφάλειας στον τομέα της υγείας, ο οποίος θα θεωρούνταν ίσως ένας κατεχοχόν καλά αμειβόμενος τομέας. Αυτή η παρατήρηση υπογραμμίζει πως οι επιπτώσεις της μεταβολής της οικονομικής κατάστασης στην χώρα, της κλιματικής αλλαγής στην Ελλάδα και τον κόσμο, αλλά και της πτώσης στην ποιότητα της διατροφής,



δεν γνωρίζουν στην πραγματικότητα τομέα εργασίας, φύλο ή ηλικία και μπορεί να βρεθούμε όλοι ανεξαιρέτως στην άλλη μεριά της πλάστιγγας. Αρκεί ίσως να σκεφτούμε πως στο όχι και τόσο μακρινό παρελθόν τόσο το ελεύθερο επάγγελμα όσο και η πρωτογενής παραγωγή ήταν δύο από τους πιο ελκυστικούς τομείς εργασίας στην χώρα μας.

Ανεξάρτητα από το πεδίο που δραστηριοποιείται ο καθένας, το εργασιακό περιβάλλον θα μπορούσε να αποτελεί κεντρικό σημείο τόσο για την παρακολούθηση των διατροφικών συνηθειών και για την καταγραφή των επιπέδων επισιτιστικής ασφάλειας και ευεξίας, όσο και σημείο για την εφαρμογή παρεμβάσεων που θα βοηθούσαν στην εξάλειψη της επισιτιστικής ανασφάλειας, της κακής διατροφής και της μειωμένης ευεξίας των ατόμων. Βασική πρόκληση για την επιτυχία αυτού το εγχειρήματος θα ήταν ίσως το να καταρριφθεί το ταμπού της επικοινωνίας της κατάστασης του ατόμου, καθώς ένα βασικό ερώτημα που εγείρει η παρούσα μελέτη είναι αυτό της πιθανής υποαναφοράς των περιστατικών επισιτιστικής ανασφάλειας και ίσως της υπερεκτίμησης της ψυχικής υγείας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Andrade V., Jorge R., García - Conesa M.T., Philippou E., Massaro M., Chervenkov M., Ivanova T., Maksimova V., Smilkov K., Ackova D.G.** et al. (2020). Mediterranean Diet Adherence and Subjective Well-Being in a Sample of Portuguese Adults. *Nutrients*. **12**:3837.
2. **Berry E.M.** (2019). Sustainable Food Systems and the Mediterranean Diet. *Nutrients*. **11**(9):2229.
3. **Craveiro D., Marques S., Zvěřinová I., Máca V., Ščasný M., Chiabai A., Suarez C., Martinez - Juarez P., García de Jalón S., Quiroga S. and Taylor T.** (2021). Explaining inequalities in fruit and vegetable intake in Europe: The role of capabilities, opportunities and motivations. *Appetite*. **165**:105283.
4. **Deligiannidou G.E., Sygkouna A., Vander Berghe W., Kontogiorgis C. and Constantinides T.C.** (2019). Natural Products from Mediterranean Diet: From Anti-hyperlipidemic Agents to Dietary Epigenetic Modulators. *Current Pharmaceutical Biotechnology*. **20**:1.
5. **Deligiannidou G.E., Philippou E., Vidakovic M., Berghe W.V., Heraclides A., Grdovic N., Mihailovic M. and Kontogiorgis C.** (2019). Natural Products Derived from the Mediterranean Diet with Antidiabetic Activity: from Insulin Mimetic Hypoglycemic to Nutriepigenetic Modulator Compounds. *Current Pharmaceutical Design*. **25**:1.
6. **Deligiannidou G.E., Philippou E., Vasiari E., de Andrade V.L., Massaro M., Chervenkov M., Ivanova T., Jorge R., Dimitrova D., Ruskovska T.** et al. (2024). Exploring the Relationship between Mediterranean Diet Adherence and Subjective Well-Being among Greek and Cypriot Adults. *Nutrients*. **16**:1238.
7. **Dernini S., Berry E.M., Serra - Majem L., La Vecchia C., Capone R., Medina F.X., Aranceta - Bartrina J., Belahsen R., Burlingame B., Calabrese G., Corella D., Donini L.M., Lairon D., Meybeck A., Pekcan A.G., Piscopo S., Yngve A. and Trichopoulou A.** (2017). Med Diet 4.0: the Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutr*. **20**(7):1322-1330.
8. **Dharmayani P.N.A., Williams M., Lopes C.V.A., Ronto R., Chau J.Y., Partridge S.R. and Mahrshahi S.** (2024). Exploring reasons for high levels of food insecurity and low fruit and vegetable consumption among university students post-COVID-19. *Appetite*. **31**:107534.
9. **EC - FAO.** (2008). Food Security Programme An Introduction to the Basic Concepts of Food Security.
10. **FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO.** (2020). In Brief to The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome. Ed. FAO.
11. **FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO.** (2021). In Brief to The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome. Ed. FAO.
12. **FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO.** (2022). The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome. Ed. FAO.
13. **FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO.** (2023). In Brief to The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural - urban continuum. Rome. Ed. FAO.

14. **Food System Economica Commission.** (2024). <https://foodsystemeconomics.org/publication/the-dietary-shift/>
15. **Frongillo E.A.** (2024). Developing methods and measures for assessing and monitoring nutrition security. *Am J Clin Nutr.* **119**(6):1381-1382.
16. **Gea Cabrera A., Caballero P., Wanden - Berghe C., Sanz - Lorente M. and López - Pintor E.** (2021). Effectiveness of Workplace-Based Diet and Lifestyle Interventions on Risk Factors in Workers with Metabolic Syndrome: A Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Nutrients.* **13**:4560.
17. **Hellenic Statistical Authority - Hellenic Republic.** (2023). [https://www.statistics.gr/documents/20181/18074233/GreeceInFigures\\_2023Q1\\_EN.pdf](https://www.statistics.gr/documents/20181/18074233/GreeceInFigures_2023Q1_EN.pdf)
18. **Ibiyemi T., Najam W. and Oldewage - Theron W.** (2024). Hungry, Stressed, and Away From "Home": Predictors of Food Security and Perceived Stress Among International Students. *Am J Health Promot.* **4**:8901171241257092.
19. **Meshkat S., Pang H., Tassone V.K., Janssen - Aguilar R., Wu M., Jung H., Lou W. and Bhat V.** (2024). Depressive symptoms among adults is associated with decreased food security. *PLoS One.* **19**(6):e0303345.
20. **Pineda E., Stockton J., Scholes S. et al** (2024). Food environment and obesity: a systematic review and meta-analysis *BMJ Nutrition, Prevention and Health.* e000663.
21. **Portero de la Cruz S. and Cebrino J.** (2021). Trends in Diet Quality and Related Sociodemographic, Health, and Occupational Characteristics among Workers in Spain: Results from Three Consecutive National Health Surveys (2006-2017). *Nutrients.* **13**:522.
22. **Quarta S., Massaro M., Chervenkov M., Ivanova T., Dimitrova D., Jorge R., Andrade V., Philippou E., Zisimou C., Maksimova V., Smilkov K., Ackova D.G., Miloseva L., Ruskovska T., Deligiannidou G.E., Kontogiorgis C.A., Sánchez - Meca J., Pinto P. and García - Conesa M.T.** (2021). Persistent moderate-to-weak Mediterranean diet adherence and low scoring for plant-based foods across several Southern European countries: Are we overlooking the Mediterranean diet recommendations? *Nutrients.* **13**:1432.
23. **Bogan V.L., Fertig A.R. and Just D.R.** (2022). Self-employment and mental health. *Rev Econ Household.* **20**:855-886.
24. **The Economist Intelligence Unit Limited Global Food Security Index - GFSI.** (2023). <https://impact.economist.com/sustainability/project/food-security-index/>.
25. **Timmermans A.J.M., Ambuko J., Belik W. and Huang J.** (2014). Food losses and waste in the context of sustainable food systems.
26. **Berry E.M.** (2019) Sustainable Food Systems and the Mediterranean Diet. *Nutrients.* **11**(9):2229.
27. **Tucker A.C., Bresnahan C., John S., Johnson J., Leung C.W., Mui Y., Hager E.R. and Wolfson J.A.** (2024). Food (in)security in relation to nutrition (in)security in a national cross-sectional sample of Supplemental Nutrition Assistance Program participants: considerations of an emerging construct. *Am J Clin Nutr.* **119**(6):1475-1484.
28. **Watts J.P., Anderson J.A., Milton A., Babagbemi K.T., Weissman I.A., Miles R.C., Flores E.J., Martin M.D. and Narayan A.K.** (2024). The Association Between Food Security and Mammography Screening: Cross-Sectional Survey Results from the National Health Interview Survey. *J Am Coll Radiol.* **3**:S1546-1440(24)00507-6.

# CULTIVATING THE WELL-BEING OF WORKERS: THE ROLE OF FOOD SECURITY AND EATING HABITS

***Georgia Eirini Deligiannidou, Christos Kontogiorgis, Evangelia Nena and T.C. Constantinidis***

Program of Postgraduate Studies Health and Safety in Workplaces organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Nutrition is a key contributing factor to health and well-being, as extensive literature emphasizes that a non-optimal diet is a risk factor for numerous chronic (non-communicable) diseases, while it also affects a person's wellness. According to the 1996 World Food Conference report (EC - FAO Food Security Program, 2008), food security is defined as the treaty where all people, at all times, have natural and economic access to sufficient, safe, and nutritious foods that cover their nutritional needs and preferences for an active and healthy life. In this way, it is important to clarify the interplay between dietary habits and food security status, in relation to the well-being of the population at the community level, in order to define appropriate strategic interventions. The purpose of this study was to link elements of dietary habits to the well-being of workers. In a total of 140 participants, mainly from areas of Northern Greece, it was noted that the factors of gender and working hours had a significant impact on the dietary choices of individuals, while overall our sample had moderate adherence to the Mediterranean diet (MD). Inadequate consumption of fruit, fish, and legumes, seem to be key contributing factors to lower MD adherence, regardless of the occupational type for both sexes. Especially in the case of food security, the factors of working as a freelancer or in the food sector were significant contributors to less food security. Furthermore, self-employed workers were more likely to report lower values of well-being in their subjective assessment, followed by workers in the food sector, while higher values regarding efficiency at work and energy levels during the day, were recorded for people working up to 30 hours/week, regardless of their field of work. These data emphasize the connection of workers' well-being with their eating habits, as well as the need to systematically monitor workers' health indicators for timely identification of risk factors for diet-related diseases, including malnutrition.

# ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΓΙΑ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΤΟΥΣ ΕΥΑΛΩΤΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ

**Βαρβάρα Κουβάτα, Ειρήνη Τσανίδου, Ευαγγελία Νένα, Χρήστος Κοντογιώργης και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κοινωνική Ιατρική και Φαρμακευτική Φροντίδα, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Παρόλο που η πολιομυελίτιδα στη σύγχρονη εποχή δεν είναι πλέον τόσο διαδεδομένη, ωστόσο παραμένει μια διεθνής απειλή τη Δημόσια Υγεία. Μεγάλος αριθμός ερευνών αναφέρει ότι οι φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες συχνά εμφανίζουν διστακτικότητα έναντι των εμβολίων, πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρά αποτελέσματα διαφορετικών ασθενειών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Διαχρονικά, οι μειονοτικές ομάδες Πομάκων και Ρομά αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες Υγείας. Παρόλο που η κατάσταση αναφορικά με τον πληθυσμό των Ελλήνων Ρομά έχει μελετηθεί εκτενώς, δεν υπάρχουν δεδομένα εμβολιαστικής κάλυψης κατά της πολιομυελίτιδας και των παραγόντων που την επηρεάζουν στον πληθυσμό των Ελλήνων Πομάκων. Η έρευνα διεξήχθη με τη μέθοδο προσωπικής συνέντευξης, κατά τη διάρκεια της οποίας μέλος της ερευνητικής ομάδας συμπλήρωσε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο και έλεγξε τα αποδεικτικά έγγραφα εμβολιασμού. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των επιτόπιων επισκέψεων στον οικισμό Ρομά της Αλεξανδρούπολης και στα χωριά των Πομάκων του Νομού Έβρου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας από τους 215 ενήλικους που απάντησαν στην ερώτηση, το 47,9% ήταν άνω των 45 ετών, με τους άνδρες και τις γυναίκες να αριθμούν 121 (56,3%) και 94 (43,7%), αντίστοιχα. Συνολικά, απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με την εμβολιαστική τους κατάσταση και έδειξαν τα αρχεία εμβολιασμού των παιδιών τους 106 Ρομά (49,3%) και 109 Πομάκοι (50,9%). Διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ενηλίκων (63,3%) δεν ήταν μη εμβολιασμένοι και δεν είχαν γνώσεις για τη νόσο της πολιομυελίτιδας και το σχετικό εμβόλιο σε ποσοστά, 87% και 95,3%, αντίστοιχα. Όσον αφορά τα παιδιά, οι Πομάκοι βρέθηκε να έχουν παρόμοια ποσοστά ολοκληρωμένου εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, 96,9% και 95%, αντίστοιχα, ενώ η κοινότητα των Ρομά παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού (71,8%). Τα χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού των Ρομά πιθανόν σχετίζονται με τις κοινωνικο-δημογραφικές τους ιδιαιτερότητες. Συμπερασματικά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι η εμβολιαστική κάλυψη κατά της

πολιομυελίτιδας του παιδικού πληθυσμού είναι υψηλή στους Πομάκους και ικανοποιητική στους Ρομά, ενώ στους ενήλικες και των δύο ομάδων παρουσιάζουν αρκετά χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού λόγω έλλειψης των σχετικών αποδεικτικών εγγράφων. Τέλος, οι γνώσεις σχετικά με την πολιομυελίτιδα και το εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας και στις δύο ομάδες βρέθηκε να είναι πολύ περιορισμένες.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στις αρχές του 20ου αιώνα, η πολιομυελίτιδα ήταν μια από τις πιο τρομακτικές ασθένειες που μάστιζε τις βιομηχανικές χώρες, οδηγώντας σε παράλυση εκατοντάδες χιλιάδες παιδιά κάθε χρόνο. Η εύρεση εμβολίου κατά τη δεκαετία του 1950 αποτέλεσε σημείο καμπής για την αντιμετώπιση της νόσου. Εντούτοις, ενώ η πολιομυελίτιδα σε μεγάλο βαθμό τέθηκε υπό έλεγχο, συνεχίζει να αποτελεί απειλή για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Η διαρκής προσπάθεια για την ενίσχυση της εμβολιαστικής κάλυψης, η βελτίωση της υγιεινής και η ενεργή επιτήρηση, είναι σημαντικές για την οριστική εξάλειψη της νόσου. Η πολιομυελίτιδα μπορεί να εκριζωθεί πλήρως σε παγκόσμιο επίπεδο και ο στόχος αυτός θεωρείται εφικτός, διότι αφενός ο ιός προσβάλλει μόνο τον άνθρωπο και αφετέρου, υπάρχουν δοκιμασμένα εμβόλια κατά της πολιομυελίτιδας με εκείνο το από του στόματος, να έχει χαμηλό κόστος και να έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικό (Corper et al, 2022, Tseha, 2021). Έτσι, η πολιομυελίτιδα δύναται να γίνει η δεύτερη μετά την ευλογιά νόσος, που θα εκριζωθεί πλήρως (Kayser and Ramzan, 2021).

Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα του ανθρώπου στον τομέα των Επιστημών Υγείας, είναι η ανακάλυψη και η δημιουργία των εμβολίων, τα οποία αποτελούν το κύριο μέτρο πρόληψης κατά των μικροβιακών, αλλά και ιογενών λοιμώξεων. Επιπλέον, τα εμβόλια αποτελούν σημαντικότερο εργαλείο των στρατηγικών προγραμμάτων για την μείωση της παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης αποτελεί δείκτη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τόσο σε εθνικό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο. Τα υψηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης αποτελούν την άμεση προτεραιότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διότι λειτουργούν ως ασπίδα άμυνας για την εξάρση και εξάπλωση των νοσημάτων και τη μείωση της θνησιμότητας.

Η ταχεία πρόοδος στην ανακάλυψη καινούργιων και η βελτίωση των υπαρχόντων εμβολίων, οδήγησαν σε μια ριζική αλλαγή στη διαχείριση των μολυσματικών ασθενειών, με αποτέλεσμα τα εμβόλια να έχουν εδραιωθεί ως αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης υγειονομικής φροντίδας. Για το λόγο αυτό γίνονται συντονισμένες προσπάθειες για διεξαγωγή μαζικών εμβολιασμών κυρίως σε αναπτυσσόμενες χώρες, που μαστίζονται από πληθώρα λοιμωδών ασθενειών, οι οποίες έχουν εξαλειφθεί στον αναπτυσσόμενο κατά το βιομηχανικό πρότυπο κόσμο. Στο εγχείρημα αυτό συμβάλλουν τα μέγιστα διάφορες διεθνείς οργανώσεις, όπως η *Παγκόσμια Συμμαχία για τον Εμβολιασμό και την Ανοσοποίηση (GAVI)*, με τη

βοήθεια των οποίων εκτιμάται ότι πραγματοποιούνται πάνω από εκατό εκατομμύρια εμβολιασμοί για ασθένειες όπως η πολιομυελίτιδα, η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης, η ιλαρά και ούτω καθεξής.

Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός βρεφών, παιδιών και ενηλίκων ενώ συστήνεται από την *Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών* του Υπουργείου Υγείας, ωστόσο δεν αποτελεί υποχρέωση. Τα εμβόλια χορηγούνται δωρεάν σε όλους τους Έλληνες πολίτες και υπό προϋποθέσεις και λοιπούς μόνιμους κατοίκους της χώρας μας, παρ' όλ' αυτά υπάρχουν κάποιες πληθυσμιακές ομάδες με ελλιπή εμβολιαστική κάλυψη, όπως παραδείγματος χάριν οι Ρομά και οι Πομάκοι. Στο φαινόμενο αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες όπως το χαμηλό μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο, οι οποίοι δυσχεραίνουν τον εμβολιασμό αυτών των ομάδων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανισότητα στην εμβολιαστική κάλυψη, με υψηλά ποσοστά στον γενικό πληθυσμό και ανεπαρκή στις μειονοτικές ομάδες, ειδικότερα στους Ρομά. Το πρόβλημα διακρίνεται σε όλη την ελληνική επικράτεια όπου υπάρχουν αυτές οι μειονότητες και αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες, από βρέφη μέχρι και ενήλικες.

## **ΠΟΛΥΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ**

### *ΜΙΑ ΝΟΣΟΣ ΜΕ ΑΡΧΑΙΑ ΙΣΤΟΡΙΑ*

Η *πολιομυελίτιδα*, γνωστή και ως *παιδική παράλυση*, είναι οξεία ιογενής λοίμωξη που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο, κυρίως μέσω της κοπρανοστοματικής οδού και αναγνωρίζεται συνήθως από την οξεία έναρξη χαλαρής παράλυσης (ΕΟΔΥ, 2024). Η ονομασία προέρχεται από τα ελληνικά *πολιός* (γκρίζος), *μυελός* (νωτιαίος μυελός) και *-ίτις*, υποδηλώνοντας φλεγμονή (Mehndiratta et al, 2014).

Πριν την ανακάλυψη του ιού πολιομυελίτιδας το 1909 από τους *Ropper* και *Landsteiner*, η νόσος αυτή διακρινόταν μόνο για το κύριο σύμπτωμά της το οποίο είναι μερική ή ολική παράλυση. Κατά καιρούς είχαν περιγράψει σποραδικά κρούσματα, αλλά μέχρι την έναρξη των επιδημιών στη δεκαετία του 1880 δεν υπήρξε ιδιαίτερο ιατρικό, επιστημονικό και κοινωνικο-πολιτικό ενδιαφέρον για την πάθηση αυτή, σε σύγκριση με την αυξημένη προσοχή που δινόταν σε άλλες μεταδοτικές ασθένειες όπως η πανώλη, ο τυφοειδής πυρετός, η ελονοσία και ο κίτρινος πυρετός. Οι αναφορές στην πολιομυελίτιδα απαντώνται από τα χρόνια της αρχαιότητας και εκείνη που πιστεύεται ότι είναι μια από τις πρώτες απεικονίσεις της νόσου, είναι το ανάγλυφο της επιτύμβιας στήλης του Αιγύπτιου ιερέα *Ruma* (περίπου το 1400 π.Χ.) που απεικονίζει άτομο με ένα πόδι «μαραμένο» και βραχύτερο από το άλλο (Henry, 2019, Pearce, 2005).

Η πολιομυελίτιδα έπληττε τον παιδικό πληθυσμό για χιλιετίες στις περισσότερες περιοχές του κόσμου (ΕΟΔΥ, 2024). Περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1789 από τον Βρετανό γιατρό *Michael Underwood* και αναγνωρίστηκε επίσημα ως πάθηση το 1840 από τον Γερμανό γιατρό *Jakob Heine*.

## ΛΟΙΜΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ιοί της πολιομυελίτιδας είναι μικροί μονόκλωνοι ιοί RNA, που ανήκουν στην υποομάδα των *Εντεροϊών* της οικογένειας *Picornaviridae*.

Ο άνθρωπος είναι η μοναδική δεξαμενή για τον ιό της πολιομυελίτιδας. Ο *άγριος ιός πολιομυελίτιδας* (WPV) διακρίνεται σε τρεις ορότυπους: τύποι 1, 2 και 3.

Η μόλυνση ή η ανοσοποίηση με έναν ορότυπο δεν προσφέρει ανοσία έναντι άλλων δύο (Mehndiratta et al, 2014, ΕΟΔΥ, 2024).

Ο ιός της πολιομυελίτιδας τύπου 1 (WPV1) ήταν ιστορικά η κυρίαρχη αιτία της πολιομυελίτιδας παγκοσμίως και συνεχίζει να μεταδίδεται σε ενδημικές περιοχές. Η μετάδοση τόσο του WPV2 όσο και του WPV3 έχει διακοπεί επιτυχώς παγκοσμίως και κρούσματα αναφέρθηκαν τελευταία φορά το 1999 και το 2012, αντίστοιχα (ECDC, 2023). Το έτος 2023, ενδημικές για πολιομυελίτιδα είχαν παραμείνει μόνο δύο χώρες, Αφγανιστάν και Πακιστάν (Martini and Orsini, 2023, WHO, 2023).

Οι φάσεις αναπαραγωγής του ιού είναι τέσσερις: η *διατροφική φάση*, η *λεμφική φάση*, η *ιαιμική φάση* και η *νευρολογική φάση*. Στη διατροφική φάση γίνεται η πρωτογενής αναπαραγωγή του ιού στον εντερικό και στοματοφαρυγγικό βλεννογόνο. Στη λεμφική φάση ο ιός επεκτείνεται στις αμυγδαλές, στις *πλάκες του Peyer* (Peyer patches) και στους εν τω βάθει αυχενικούς και μεσεντέριους κόμβους, όπου πολλαπλασιάζεται. Στη συνέχεια στην ιαιμική φάση, ο ιός μεταδίδεται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος σε διάφορα εσωτερικά όργανα και περιφερειακούς λεμφαδένες (Tseha, 2021). Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ιός εισχωρεί στο ΚΝΣ και αναπαράγεται στους κινητικούς νευρώνες του νωτιαίου μυελού, του εγκεφαλικού στελέχους ή του κινητικού φλοιού. Στη νευρολογική αυτή φάση (παραλυτική νόσος) η επιλεκτική καταστροφή των κινητικών νευρώνων οδηγεί σε προσωρινή ή μόνιμη παράλυση (Tseha, 2021).

Στα μωρά που έχουν αντισώματα κατά του ιού της πολιομυελίτιδας που απέκτησαν από τις μητέρες τους, η παραλυτική νόσος είναι ένα πολύ σπάνιο συμβάν. Σε σπάνιες περιπτώσεις η παραλυτική πολιομυελίτιδα προκαλεί αναπνευστική ανακοπή και θάνατο. Αντίθετα, συχνά σε περιπτώσεις παραλυτικής νόσου, ο μυϊκός πόνος και οι σπασμοί παρατηρούνται πριν από την εμφάνιση αδυναμίας και παράλυσης (Estivariz et al, 2021).

## ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η παραλυτική πολιομυελίτιδα διακρίνεται σε τρεις μορφές: *νωτιαία* (spinal) παράλυση, η οποία προκαλεί ασύμμετρη παράλυση κάτω άκρων και κρανιακή, *βολβοειδής* (bulbar) παράλυση, η οποία χαρακτηρίζεται από τη μόλυνση των νευρώνων του ΚΝΣ και σοβαρή αναπνευστική δυσλειτουργία. Τρίτη μορφή είναι η *μεικτή* (bulbospinal) παράλυση και αποτελεί τον συνδυασμό των δυο προαναφερόμενων μορφών παράλυσης (Κιούση, 2008, Estivariz et al, 2021).



Η παραλυτική νόσος μπορεί να προκληθεί από ιούς πολιομυελίτιδας άγριου τύπου ή από εξασθενημένους ιούς πολιομυελίτιδας που περιέχονται από το από του στόματος εμβόλιο (Estivariz et al, 2021).

Η έκβαση της λοίμωξης από ιό πολιομυελίτιδας επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες: τη λοιμογόνο δύναμη του στελέχους που μολύνει, την ανοσολογική κατάσταση του ξενιστή και το ιικό φορτίο. Προδιάθεση για πιο σοβαρή ασθένεια έχουν τα παιδιά κάτω των πέντε ετών, οι έγκυες γυναίκες, τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή και τα ανοσοκατασταλμένα άτομα (Tseha, 2021).

Η λοίμωξη από τον ιό της πολιομυελίτιδας στο 95% των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματική και σε λιγότερο από το 1% των περιπτώσεων πολιομυελίτιδας εμφανίζεται η παραλυτική νόσος (προσωρινή ή μόνιμη οξεία χαλαρή παράλυση) (AFP). Σχεδόν το 50% από όλους τους επιζώντες της οξείας πολιομυελίτιδας εμφανίζουν σύνδρομο μεταπολιομυελίτιδας.

Το σύνδρομο μεταπολιομυελίτιδας είναι η καθυστερημένη εμφάνιση νέων ή επιδεινούμενων νευρομυελικών συμπτωμάτων και προκαλούν αναπηρία, 30-40 χρόνια μετά την πρώτη προσβολή από την πολιομυελίτιδα. Το 5% έως 10% των ατόμων με παραλυτική νόσο πεθαίνουν λόγω ακινητοποίησης των αναπνευστικών μυών. Μόνο 1 στα 10 άτομα περίπου, αναρρώνουν από την παραλυτική πολιομυελίτιδα (Tseha, 2021).

Το εμβόλιο πολιομυελίτιδας (OPV) λαμβάνεται από το στόμα και παράγεται από ζωντανό εξασθενημένο άγριο ιό της πολιομυελίτιδας. Οι ιοί, του από του στόματος εμβολίου πολιομυελίτιδας είναι μεταδοτικοί και αποβάλλονται από τα κόπρανα για εβδομάδες.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, όταν ένας πληθυσμός δεν είναι πλήρως ανοσοποιημένος, ο ιός αυτός μπορεί να μετατραπεί σε παθογόνο, γνωστό ως ιός πολιομυελίτιδας που προέρχεται από το εμβόλιο (VDPV) και να κυκλοφορήσει στην κοινότητα.

Σύμφωνα με τον ορισμό του *Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων* (ECDC, 2023), αυτοί οι ιοί ονομάζονται κυκλοφορούντες ιοί του εμβολίου πολιομυελίτιδας (cVDPVs).

Σε υποανοσοποιημένα ή ανοσοκατεσταλμένα άτομα ο ιός πολιομυελίτιδας που προέρχεται από το εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει παράλυση παρόμοια με αυτή που προκαλεί ο άγριος ιός της πολιομυελίτιδας. Έτσι, οι κοινότητες με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κρουσμάτων πολιομυελίτιδας (Pucchio, 2022).

Οι επιστήμονες τονίζουν πως η διάκριση μεταξύ των cVDPV και των άγριων ιών πολιομυελίτιδας έχει καθαρά ακαδημαϊκή εφαρμογή, καθώς και οι δύο μορφές εξαπλώνονται ταχύτατα σε κοινότητες με ανεπαρκή εμβολιαστική κάλυψη, προκαλούν εξάρσεις παραλυτικής νόσου και η παρουσία τους απαιτεί ακριβώς την ίδια προσέγγιση και προγραμματική απόκριση αναφορικά με τα μέτρα πρόληψης (Choumakov et al, 2021).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα αρχικά συμπτώματα είναι πυρετός, κόπωση, πονοκέφαλος, έμετος, δυσκαμψία του αυχένα και πόνος στα άκρα. Περίπου 1 ανά 200 κρούσματα μπορεί να επιλεγεί με μη αναστρέψιμη παράλυση, συνήθως στα κάτω άκρα και το 5-10% από αυτά πεθαίνει λόγω παράλυσης αναπνευστικών μυών (WHO, 2023).

Η πολιομυελίτιδα μπορεί να παρουσιάσει σταδιακή εξέλιξη, όπως εξής: το οξύ στάδιο, το στάδιο της ανάρρωσης και το στάδιο της υπολειπόμενης παράλυσης. Χαρακτηριστικά συμπτώματα στο οξύ στάδιο είναι πυρετός, δυσκαμψία του αυχένα, βαθιά μυϊκή αδυναμία, παραπληγία και δυσλειτουργία του *Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος* (ΑΝΣ). Στο στάδιο της ανάρρωσης τα οξέα συμπτώματα υποχωρούν και αρχίζει η αποκατάσταση των παραλυμένων μυών. Το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει έως και 2 χρόνια, με τη μεγαλύτερη βελτίωση να σημειώνεται στους 6 μήνες. Στο τελευταίο στάδιο, ο ασθενής δύναται να παρουσιάζει υπολειμματική παράλυση, μυϊκή ανισορροπία και κακή στάση του σώματος (Wolbert et al, 2024).

Η τοπική ανοσολογική απόκριση συχνά αποτρέπει την εξάπλωση των ιών πολιομυελίτιδας. Στο 95% περίπου των περιπτώσεων η λοίμωξη μπορεί να είναι είτε ασυμπτωματική, είτε τα συμπτώματα που εμφανίζει μπορεί να μοιάζουν με εκείνα της γρίπης, της γαστρεντερίτιδας, είτε αναπνευστικών λοιμώξεων. Ο ιός αποβάλλεται πλήρως με τα κόπρανα 2-3 ημέρες πριν και 1 εβδομάδα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων (Quarleri, 2023).

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σημαντικές επιπλοκές της λοίμωξης από πολιομυελίτιδα είναι παράλυση λόγω προσβολής των νευρώνων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, θανατηφόρα αναπνευστική και καρδιαγγειακή κατάρρευση (collapse) και σύνδρομο μετά την πολιομυελίτιδα (Wolbert et al, 2024).

Επιπλοκές που προκύπτουν από παρατεταμένη ακινησία μπορούν να επηρεάσουν τους πνεύμονες, τα νεφρά και την καρδιά περιλαμβάνουν την πνευμονία από εισρόφηση, πνευμονικό οίδημα, λοιμώξεις του ουροποιητικού, πέτρες στα νεφρά, παραλυτικός ειλεός, μυοκαρδίτιδα, καθώς και πνευμονική καρδιά (Wolbert et al, 2024.)

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, παρατηρήθηκε ότι πολλοί από τους επιζώντες της πολιομυελίτιδας, οι οποίοι είχαν προσβληθεί από τη νόσο κατά τις δεκαετίες του 1940 και του 1950, εμφάνισαν νέα κλινικά συμπτώματα και επιδείνωση της κατάστασής τους, όπως πόνος, μυϊκή αδυναμία και εξάντληση. Αυτή η νέα εμφάνιση συμπτωμάτων παρουσιάστηκε αρκετές δεκαετίες μετά την αρχική ανάκαμψη από την πολιομυελίτιδα και έτσι κατά τη δεκαετία του 1980 εισήχθη ο ιατρικός όρος *σύνδρομο μετά την πολιομυελίτιδα - PPS* (Chu and Lam, 2022).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η υποστηρικτική φροντίδα αποτελεί τον κύριο άξονα της θεραπείας, καθώς δεν υπάρχουν εγκεκριμένα φάρμακα για την πολιομυελίτιδα. Σε ασθενείς που πάσχουν από παραλυτική πολιομυελίτιδα, η πλήρης ανάκτηση της δύναμης είναι σπάνια, καθώς περίπου το 60% από αυτούς δεν ανακτούν πλήρως τη δύναμή τους. Η σοβαρότητα της οξείας φάσης της πολιομυελίτιδας σχετίζεται άμεσα με την πιθανότητα εμφάνισης συνδρόμου μεταπολιομυελίτιδας στο μέλλον.

Η θεραπεία στο οξύ στάδιο περιλαμβάνει γενικά υποστηρικτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όπως ο πυρετός και ο ερεθισμός, την πρόληψη των λοιμώξεων της αναπνευστικής οδού και τη διαχείριση της αναπνευστικής παράλυσης. Για την ανακούφιση από τον πόνο και τους σπασμούς, τα παράλυτα πόδια στηρίζονται συνήθως με νάρθηκες. Επιπλέον, οι νάρθηκες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ανάπτυξης παραμορφώσεων.

Κατά τη φάση της ανάρρωσης, ο στόχος είναι η επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου φυσικής κατάστασης που θα επιτρέψει στους ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινότητα ως ενεργά μέλη. Οι προσεκτικά σχεδιασμένες δραστηριότητες σωματικής άσκησης που δεν επιβαρύνουν υπερβολικά τον οργανισμό, αποτελούν τη βέλτιστη επιλογή για την αντιμετώπιση της μυϊκής αδυναμίας. Ως προς τις ορθώσεις, αυτές αποδεικνύονται εξαιρετικά χρήσιμες τόσο για τη συντηρητική, όσο και για την οριστική αντιμετώπιση πολλών παραμορφώσεων και εφαρμόζονται σε όλα τα μέρη του σώματος (Wolbert et al, 2024).

Η φυσικοθεραπεία και η εργοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν στην μυϊκή αδυναμία των άνω ή κάτω άκρων που προκαλείται από πολιομυελίτιδα. Η έγκαιρη παρέμβαση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων και επίτευξη καλής ποιότητας ζωής των πασχόντων (CDC, 2023).

## ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πιο ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος προστασίας από πολλές ασθένειες που προκαλούνται από λοιμογόνους ιούς, μικρόβια ή παράσιτα, είναι ο εμβολιασμός. Τα εμβόλια είναι σκευάσματα, ικανά να διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, έτσι ώστε να παράγει προστατευτικά αντισώματα εναντίον συγκεκριμένων νοσογόνων παραγόντων, χωρίς το άτομο να νοσήσει (Κωνσταντοπούλου, 2020).

Η πολιομυελίτιδα είναι μια σοβαρή ασθένεια που δεν έχει θεραπεία, αλλά μπορεί να προληφθεί με εμβόλιο. Το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας που χορηγείται στα παιδιά μπορεί να τα προστατεύσει για όλη τους τη ζωή. Τα δύο διαθέσιμα εμβόλια το εμβόλιο πολιομυελίτιδας από του στόματος και το αδραντοποιημένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Επιπλέον, για να εξασφαλισθεί η καλύτερη δυνατή προστασία στους πληθυσμούς, χρησιμοποιούνται σε

διαφορετικούς συνδυασμούς παγκοσμίως, ανάλογα με τις τοπικές επιδημιολογικές συνθήκες και τα προγράμματα εμβολιασμού.

Τα εμβόλια πολιομυελίτιδας τύπου Salk (IPV) και τύπου Sabin (OPV) είναι δύο τύποι εμβολίων που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη αυτής της ασθένειας. Η πρόληψη μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσω της δημόσιας εκπαίδευσης σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης και την προσωπική υγιεινή. Η επαρκής διάθεση των λυμάτων και η μη μολυσμένη παροχή νερού, είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό της πολιομυελίτιδας (Tseha, 2021).

Ο έλεγχος της παρουσίας του ιού της πολιομυελίτιδας ή του cVDPV σε μονάδες επεξεργασίας λυμάτων αποτελεί σημαντικό προληπτικό μέτρο. Η χαρτογράφηση και η εκτίμηση εποχικών διαδρομών και πληθυσμών μεταναστών δύναται να διαδραματίσει καίριο ρόλο στον περιορισμό της εξάπλωσης ασθενειών, όπως η πολιομυελίτιδα. Η επιτήρηση των νομαδικών πληθυσμών και ο διασυννοριακός εμβολιασμός σε μόνιμο σημείο διέλευσης εξακολουθούν να είναι σημαντικά μέτρα για την πρόληψη της επανεμφάνισης της πολιομυελίτιδας (Ming et al, 2020).

## *ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ*

Ο εμβολιασμός ήταν σχετικά επιτυχημένος στην πρόληψη πολλών λοιμώξεων που σχετίζονται με την παιδική ηλικία και στη διάσωση εκατομμυρίων ζώων.

Η ανάπτυξη εμβολίων και οι πρόσφατες σταδιακές βελτιώσεις οδήγησαν στην αλλαγή της διαχείρισης μολυσματικών ασθενειών και τα εμβόλια αποτελούν πλέον άμυνα πρώτης γραμμής για την πρόληψη ανθρώπινων λοιμώξεων και αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης.

Αξιοσημείωτη είναι η πρόοδος που σημειώθηκε προς την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας, λόγω των παγκόσμιων προσπάθειών εμβολιασμού από τη δεκαετία του 1960. Το σχετικά πρόσφατο πιο αποτελεσματικό εμβόλιο μονού αντιγόνου ή διάφορα συνδυαστικά εμβόλια που περιέχουν αδρανοποιημένο ιό πολιομυελίτιδας έχουν αποδειχθεί ως αποτελεσματικά εργαλεία για την πρόληψη της νόσου. Η πολιομυελίτιδα πρόκειται να γίνει ο δεύτερος ανθρώπινος μολυσματικός ιός που θα εξαλειφθεί πλήρως (Kayser and Ramzan, 2021).

Σύμφωνα με το Δελτίο Τύπου της ΕΕ (2023), «η παγκόσμια πρωτοβουλία για την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας είναι μια σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, στην οποία μετέχουν εθνικές κυβερνήσεις, ο ΠΟΥ, η Rotary International, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC), η UNICEF, το Ίδρυμα Μπιλ και Μελίνα Γκέιτς και η GAVI (Παγκόσμια Συμμαχία για τον Εμβολιασμό και την Ανοσοποίηση). Από την έναρξή της το 1988, η εν λόγω σύμπραξη συνέβαλε στην πρόληψη περισσότερων από 20 εκατομμύρια κρουσμάτων παράλυσης, απέτρεψε περισσότερους από 1,5 εκατομμύρια θανάτους παιδιών και μείωσε τη συχνότητα εμφάνισης του άγριου ιού της πολιομυελίτιδας κατά 99%, από περισσότερα από 350.000 κρούσματα σε

περισσότερες από 125 ενδημικές χώρες, σε επτά κρούσματα σε δύο ενδημικές χώρες το 2023.

Η ανάπτυξη εμβολίων και η εφαρμογή καθολικού εμβολιασμού αποτελούν σημαντικές ιατρικές παρεμβάσεις με υψηλή σχέση κόστους - οφέλους. Μαζί με τη διασφάλιση καθαρού ύδατος και καλύτερων συνθηκών υγιεινής, αυτές οι πρακτικές συμβάλλουν στην πρόληψη μολυσματικών νοσημάτων με σημαντικό τρόπο (Παπαμιχαήλ, 2018).

Οι εμβολιασμοί προσφέρουν αδιαμφισβήτητα οφέλη τόσο σε ατομικό όσο και σε πληθυσμιακό επίπεδο μέσω της συλλογικής ανοσίας. Τεράστια ποσά χρημάτων σε παγκόσμια κλίμακα εξοικονομούνται κάθε χρόνο από τους κρατικούς προϋπολογισμούς, λόγω της πρόληψης των νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Το πρόγραμμα εκρίζωσης της πολιομυελίτιδας όταν ολοκληρωθεί αναμένεται να εξοικονομεί περίπου 1,5 δισ. δολάρια κάθε χρόνο παράλληλα με την πρόληψη θανάτων και αναπηριών. Επίσης οι εμβολιασμοί εξασφαλίζουν και ευρύτερα κοινωνικά οφέλη γιατί συμβάλλουν στην υψηλότερη παραγωγικότητα με λιγότερες χαμένες εργατοώρες και στο καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης με χαμηλότερα ποσοστά απουσιών στα σχολεία (Παπαμιχαήλ, 2018).

Πρόσφατη έρευνα (Yagovkina, 2022) επισημαίνει ότι η ανοσοποίηση με bOPV μείωσε τον αριθμό των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19, σύμφωνα με την αρχική υπόθεση ότι τα εμβόλια ζωντανών εξασθενημένων στελεχών προκαλούν μη ειδική προστασία έναντι λοιμώξεων εκτός στόχου. Τα ευρήματα συμφωνούν με προηγούμενες παρατηρήσεις για τις προστατευτικές επιδράσεις του OPV έναντι της εποχικής γρίπης και άλλων ιικών και βακτηριακών παθογόνων.

## **ΕΜΒΟΛΙΑ - ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ**

### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Ο όρος *εμβόλιο* (vaccine) προέρχεται από τη λατινική λέξη *vacca* που σημαίνει αγελάδα. Επινοήθηκε τον 18ο αιώνα από τον *Edward Jenner*, ο οποίος πρώτος έχει εφαρμόσει τον εμβολιασμό με εξασθενημένα στελέχη ιού, αν και οι πρακτικές εμβολιασμού ξεκίνησαν πριν από περισσότερα από 500 χρόνια (Saleh et al, 2021). Στα μέσα του 20ου αιώνα, ο ιός της πολιομυελίτιδας είχε εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο, οδηγώντας σε θάνατο ή παράλυση πάνω από μισό εκατομμύριο ανθρώπους ετησίως. Ελλείπει αποτελεσματικής θεραπείας και με πολλές επιδημίες της νόσου σε έξαρση, η ανάγκη για εμβόλιο πολιομυελίτιδας είχε καταστεί επείγουσα.

Μια σημαντική ανακάλυψη πραγματοποιήθηκε το 1949, όταν ο ιός της πολιομυελίτιδας καλλιεργήθηκε με επιτυχία σε ανθρώπινο ιστό από τους *John Enders*, *Thomas Weller* και *Frederick Robbins*, οι οποίοι το 1954 διακρίθηκαν με *βραβείο Νόμπελ* για το πρωτοποριακό τους έργο.

Το πρώτο επιτυχημένο εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας δημιουργήθηκε από τον Αμερικανό γιατρό *Jonas Salk* στις αρχές της δεκαετίας του 1950. Το 1953 ο *Salk* δοκίμασε το πειραματικό του εμβόλιο στον εαυτό του και την οικογένειά του.

Το *από του στόματος εμβόλιο πολιομυελίτιδας* (OPV) είναι ένας δεύτερος τύπος εμβολίου πολιομυελίτιδας και αναπτύχθηκε από τον ιατρό μικροβιολόγο *Albert Sabin*. Το εμβόλιο του *Sabin* ήταν ζωντανό εξασθενημένο και μπορούσε να χορηγηθεί από το στόμα, ως σταγόνες ή σε κύβο ζάχαρης και έχει εφαρμοστεί ευρέως στα τέλη της δεκαετίας 1950. Όπως ο *Salk*, έτσι και ο *Sabin* δοκίμασε το πειραματικό του εμβόλιο στον εαυτό του και την οικογένειά του.

Η πρώτη επιτυχημένη δοκιμή σε άνθρωπο ενός εμβολίου ζωντανού εξασθενημένου ιού πολιομυελίτιδας το 1950 πραγματοποιήθηκε από τον ιολόγο *Hilary Koprowski* το 1950.

Ο *Sabin* σύναψε μακροχρόνια στενή συνεργασία με τον *Mikhail P. Chumakov*, υπεύθυνο για την εκστρατεία εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας στη Σοβιετική Ένωση. Δοκιμές που πραγματοποιήθηκαν στη Σοβιετική Ένωση το 1958 σε 20.000 παιδιά και το 1959 σε 10 εκατομμύρια παιδιά και στην Τσεχοσλοβακία το 1958 σε περισσότερα από 110.000 παιδιά, απέδειξαν ότι το εμβόλιο ήταν ασφαλές και αποτελεσματικό.

Η ιστορία των μολυσματικών ασθενειών και της εφεύρεσης των εμβολίων για την πρόληψή τους είναι γεμάτη με σημαντικά επιστημονικά διδάγματα και έτσι παρέχει πολύτιμες γνώσεις για το μέλλον.

## ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ

Το 1988 ξεκίνησε το πρόγραμμα για την εκρίζωση της, με στόχο μέχρι το έτος 2000 να εξλειφθεί η μετάδοση άγριων ιών πολιομυελίτιδας. Εντούτοις, το έτος 2021 ο στόχος αυτός δεν είχε ακόμη επιτευχθεί, αν και ο αναφερόμενος αριθμός κρουσμάτων πολιομυελίτιδας άγριου τύπου έχει μειωθεί κατακόρυφα. Συγκεκριμένα, το έτος 1988 ο αριθμός παιδιών που εμφάνιζε παράλυση λόγω πολιομυελίτιδας ανερχόταν σε περίπου 350.000 παιδιά ετησίως σε 125 ενδημικές χώρες, σε σύγκριση με μόνο 140 κρούσματα πολιομυελίτιδας άγριου τύπου που αναφέρθηκαν το 2020 σε δύο εναπομένουσες ενδημικές χώρες, το Πακιστάν και το Αφγανιστάν.

Η *Παγκόσμια Εκστρατεία για τον Έλεγχο και την Εξάλειψη της Πολιομυελίτιδας* (Global Polio Eradication Initiative - GPEI) υιοθέτησε ως στρατηγική χορήγησης για τον μαζικό εμβολιασμό, το από του στόματος εμβόλιο (OPV), που περιέχει ζωντανούς εξασθενημένους ιούς πολιομυελίτιδας και είναι εύκολο να κατασκευασθεί σε μεγάλη κλίμακα και να χορηγηθεί στον αντίστοιχο πληθυσμό. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, εάν ένας πληθυσμός είναι σοβαρά υποανοσοποιημένος, ο ιός μπορεί να μετατραπεί σε παθογόνα στελέχη, γνωστά ως *ιοί πολιομυελίτιδας που προέρχονται από το εμβόλιο*.

Το *εμβόλιο αδρανοποιημένων ιών πολιομυελίτιδας (IPV)* που χορηγείται ενδομυϊκά δεν επιλέχθηκε για χρήση στην παγκόσμια εκστρατεία λόγω του κόστους στην παρασκευή, σε σχέση με το *από του στόματος εμβόλιο πολιομυελίτιδας (OPV)*. Ωστόσο, το εμβόλιο αυτό αποτελεί την πρώτη επιλογή για εμβολιασμό σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπως ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς, καθώς θεωρείται ασφαλές και αποτελεσματικό.

Στα δεκαπέντε πρώτα χρόνια της λειτουργίας του, το Πρόγραμμα παρουσίασε σημαντικές προόδους. Το πρώτο σημαντικό ορόσημο σημειώθηκε το 1994, με την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας από την αμερικανική ήπειρο. Μέχρι σήμερα, όλες οι χώρες - μέλη του ΠΟΥ εκτός από αυτές της Ανατολικής Μεσογείου έχουν κηρυχθεί ελεύθερες από πολιομυελίτιδα, με τη Νοτιοανατολική Ασία και την Αφρική να είναι οι τελευταίες περιοχές που προστέθηκαν στη λίστα.

Η εκκρίωση της πολιομυελίτιδας έχει αποδειχθεί πολύ δύσκολη, δεδομένου του μεγάλου αριθμού ασυμπτωματικών λοιμώξεων, της έλλειψης δείκτη για προηγούμενο εμβολιασμό που υποχρεώνει το πρόγραμμα να εμβολιάζει εκ νέου κάθε παιδί σε επαναλαμβανόμενες μαζικές εκστρατείες και το γεγονός ότι η οξεία χαλαρή παράλυση (AFP) μπορεί να προκληθεί επίσης και από άλλους ιούς ή καταστάσεις, γεγονός που καθιστά υποχρεωτική την εργαστηριακή επιβεβαίωση και οδηγεί σε καθυστέρηση μεταξύ των συμπτωμάτων και της επιβεβαίωσης της πολιομυελίτιδας. Επιπλέον, το 2019 ο αριθμός των κρουσμάτων που προκλήθηκαν από τον ιό πολιομυελίτιδας που προέρχεται από το εμβόλιο έφτασε τα 318 κρούσματα σε 17 χώρες, τα περισσότερα από αυτά να εντοπίζονται στην Αφρική. Η έξαρση αυτή θεωρείται ότι προκλήθηκε από τον μαζικό εμβολιασμό με OPV και αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες ανησυχίες των τελευταίων ετών για την *Παγκόσμια Πρωτοβουλία για την Εξάλειψη της Πολιομυελίτιδας - Global Polio Eradication Initiative - GPEI* (González - Silva and Rabinovich, 2021).

Ο εμβολιασμός αποτελεί το κύριο μέτρο πρόληψης της πολιομυελίτιδας. Οι δύο τύποι εμβολίων που χρησιμοποιούνται είναι το από του στόματος εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας - Sabin Oral Vaccine (OPV), και το ενέσιμο αδρανοποιημένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας - Salk Inactivated Polio Vaccine (IPV). Και οι δύο ως άνω τύποι εμβολίων έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο στην καταπολέμηση της νόσου.

#### *Από του στόματος εμβόλιο πολιομυελίτιδας (Oral polio vaccine - OPV)*

Το OPV αρχικά περιείχε τρία ζωντανά στελέχη ιού της πολιομυελίτιδας με μειωμένη νευρομολυσματικότητα, τα οποία αναπτύχθηκαν με χρήση μιας τεχνικής εξασθένησης του ιού. Το OPV είναι ένα εμβόλιο που έχει σχεδιασθεί να μιμείται τη φυσική ανοσοαπόκριση στον άγριο ιό της πολιομυελίτιδας (WPV).

Υπάρχουν τρία σκευάσματα OPV, καθένα από τα οποία περιέχει διαφορετικούς συνδυασμούς στελεχών Sabin PV για τους τρεις ορότυπους: tOPV (τρισθενές OPV), bOPV (δισθενές OPV) και mOPV (μονοσθενές OPV). Από το 2016, το tOPV που

χρησιμοποιούνταν για εμβολιασμό ρουτίνας κατά της πολιομυελίτιδας με μαζικές εμβολιαστικές εκστρατείες σε περισσότερες από 100 χώρες, έχει αντικατασταθεί σταδιακά από τους τύπους bOPV 1 και bOPV 3. Ο εμβολιασμός με OPV προλαμβάνει την απέκκριση του ιού της πολιομυελίτιδας στα κόπρανα, γεγονός που υποδηλώνει ότι το OPV παράγει επαρκή ανοσία του εντερικού βλεννογόνου έναντι της μόλυνσης με τον ιό και βοηθά στην πρόληψη της μετάδοσής του. Θεωρείται οικονομικά αποδοτικό και αποτελεσματικό για τη μείωση της μετάδοσης άγριου ιού της πολιομυελίτιδας σε χώρες με περιορισμένους πόρους. Το OPV δημιουργεί παθητική ανοσία σε μη εμβολιασμένα άτομα μέσω των εξασθενημένων στελεχών του εμβολίου που αποβάλλονται στα κόπρανα των εμβολιασμένων ατόμων. Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου μπορεί να διαφέρει μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών. Ωστόσο, ο εμβολιασμός με OPV έχει αποδειχθεί ότι έχει υψηλά ποσοστά ορομετατροπής για διαφορετικούς ορότυπους ιού πολιομυελίτιδας (Mbanj et al, 2023, Bandyopadhyay et al, 2015). Απαιτούνται τρεις ή περισσότερες δόσεις OPV με χρονική απόσταση μεταξύ εμβολιασμών έτσι ώστε να δημιουργηθεί επαρκές επίπεδο αντισωμάτων. Το OPV ενεργοποιεί την παραγωγή αντισωμάτων και κατά των τριών τύπων ιού πολιομυελίτιδας. Έτσι, σε περίπτωση μόλυνσης εμποδίζεται η εξάπλωση του ιού της πολιομυελίτιδας στο νευρικό σύστημα και προλαμβάνεται η εγκαθίδρυση της παράλυσης. Αν και σπάνια, περιγράφονται οι περιπτώσεις όπου ο ιός που περιέχεται στο εμβόλιο OPV μπορεί να μεταλλαχθεί σε μορφή που προκαλεί παράλυση, κυρίως σε κοινότητες με χαμηλό ποσοστό ανοσοποίησης. Λόγω αυτού του κινδύνου, υπάρχει πρόβλεψη για τη σταδιακή παύση της χρήσης του OPV σε παγκόσμιο επίπεδο, όταν η μετάδοση του άγριου ιού της πολιομυελίτιδας εξαλειφθεί (European Vaccination Information Portal, 2022). Παρόλο που το OPV δεν χρησιμοποιείται στην ΕΕ, εξακολουθεί να αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή για τον έλεγχο των επιδημικών εξάρσεων πολιομυελίτιδας σε χώρες όπου παρατηρείται μετάδοση μέσω του άγριου στελέχους του ιού της πολιομυελίτιδας.

Η πολιομυελίτιδα έχει σχεδόν εξαλειφθεί με την ευρεία χρήση με το από του στόματος εμβόλιο της πολιομυελίτιδας (OPV), στο Εκτεταμένο Πρόγραμμα Ανοσοποίησης (Expanded Programme on Immunization - EPI) σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και σε εκστρατείες συμπληρωματικού εμβολιασμού που διεξάγονται από την Παγκόσμια Πρωτοβουλία για την Εξάλειψη της Πολιομυελίτιδας (Global Polio Eradication Initiative). Τα τελευταία 10 χρόνια >10 δισεκατομμύρια δόσεις OPV έχουν χορηγηθεί σε σχεδόν 3 δισεκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως (Aaby et al, 2022).

#### *Αδρανοποιημένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας (Inactivated polio vaccine - IPV)*

Το IPV χορηγείται μέσω ενδομυϊκής ένεσης και περιέχει από ένα στέλεχος καθενός από τους τρεις ορότυπους ιού πολιομυελίτιδας, οι οποίοι έχουν



αδρανοποιηθεί με φορμαλίνη. Το IPV δεν επιφέρει επαρκή εντερική ανοσία για να είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη της εξάπλωσης του ιού. Το IPV μετά από εφαρμογή τριών δόσεων προκαλεί υψηλά (σχεδόν 100%) ποσοστά ορομετατροπής και για τους τρεις ορότυπους του ιού της πολιομυελίτιδας.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το IPV μειώνει τη διάρκεια και το ρυθμό αποβολής του ιού σε ανοσοποιημένα άτομα σε σύγκριση με μη ανοσοποιημένα άτομα. Ωστόσο, αυτή η μείωση είναι πολύ μικρότερη από τη μείωση που παρατηρείται σε άτομα που έχουν λάβει OPV. Η χορήγηση αποκλειστικά του IPV εμβολίου έχει εξαλείψει επιτυχώς τη μετάδοση της πολιομυελίτιδας σε ορισμένες χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Σουηδία, Φινλανδία, Ισλανδία και Ολλανδία). Τα υψηλά πρότυπα υγιεινής σε αυτές τις χώρες μπορεί να εξηγήσουν αυτή την εξάλειψη. Αν και το IPV θεωρείται ασφαλές, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αθόρυβη μετάδοση του WPV μπορεί να συμβεί σε χώρες που χρησιμοποιούν μόνο IPV. Η χορήγηση IPV μπορεί να αυξήσει σημαντικά την ανοσία του βλεννογόνου σε παιδιά που έχουν λάβει OPV και αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να είναι μεγαλύτερο από αυτό μιας πρόσθετης δόσης OPV. Η αποτελεσματικότητα της συγχορήγησης IPV και OPV σε μικτό σχήμα έχει αξιολογηθεί σε κλινικές δοκιμές στην Ινδία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε παιδιά που είχαν προηγουμένως εμβολιαστεί με OPV, η χορήγηση IPV μείωσε σημαντικά το ποσοστό των ατόμων που απέκρουσαν τον ιό μετά από μια πρώτη δόση OPV (Mbanj et al, 2023).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τη χορήγηση του IPV είναι πολύ ήπιες και παροδικές. Ωστόσο, λόγω των κινδύνων που σχετίζονται με τη χρήση μεγάλων ποσοτήτων ιού πολιομυελίτιδας για την παραγωγή του IPV, μετά την παγκόσμια παύση της μετάδοσης του ιού της πολιομυελίτιδας, είναι σημαντικό να εφαρμοστεί περιορισμός υψηλού επιπέδου σε όλους τους χώρους παραγωγής και ποιοτικού ελέγχου όπου γίνεται ο χειρισμός του ζωντανού ιού. Οι περιορισμοί αυτοί περιλαμβάνουν συχνά την εφαρμογή των προδιαγραφών βιοασφαλείας τύπου BSL-3/ρολίο σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO).

Στο πλαίσιο των καθιερωμένων προγραμμάτων ανοσοποίησης των παιδιών στα κράτη μέλη της ΕΕ πραγματοποιείται εμβολιασμός πολιομυελίτιδας με εμβόλιο IPV. Το εμβόλιο IPV μπορεί να χορηγηθεί μαζί με άλλα εμβόλια, όπως π.χ. τετάνου, κοκκύτη, διφθερίτιδας, ηπατίτιδας Β, καθώς και αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου β (European Vaccination Information Portal, 2022).

Για τον εμβολιασμό της πολιομυελίτιδας απαιτούνται τρεις δόσεις του εμβολίου IPV, το οποίο περιέχει νεκρό ιό πολιομυελίτιδας και χορηγείται σε ηλικία 2 μηνών, 4 μηνών και 6-18 μηνών. Ωστόσο, επειδή στη χώρα μας δεν κυκλοφορεί φαρμακευτικό σκεύασμα μόνο με IPV, συγχορηγείται πάντα με DTaP (διφθερίτιδα, τέτανος και κοκκύτης), γι' αυτό και είναι αποδεκτό να γίνονται τέσσερις δόσεις κατά τα πρώτα δύο έτη της ζωής του παιδιού (Μαΐση και συν., 2023).

Ένας συνδυασμός στρατηγικής εμβολιασμού IPV και OPV που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο και την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας στη Δυτική Όχθη και τη Γάζα

από το 1978-1993 προσέλκυσε το διεθνές ενδιαφέρον. Αυτή η συνδυασμένη προσέγγιση IPV/OPV αξίζει να εξετασθεί ως πρόσθετο εργαλείο για τον έλεγχο και την εκρίζωση της πολιομυελίτιδας σε χώρες όπου η πολιομυελίτιδα είναι ενδημική και όπου υπάρχει κίνδυνος εισαγωγής ιού πολιομυελίτιδας.

Το 1988, η *Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας*, το διοικητικό όργανο του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας*, έθεσε ως στόχο την παγκόσμια εξάλειψη της πολιομυελίτιδας μέχρι το έτος 2000 (Yin - Murphy and Almond, 2016).

Τον Απρίλιο του 2016, ο ΠΟΥ συνέστησε την παγκόσμια μετάβαση από το τριδύναμο OPV (tOPV) σε ένα δισθενές εμβόλιο (bOPV) που απέκλειε τον ορότυπο 2. Αυτή η στρατηγική στόχευε στη μείωση της κυκλοφορίας του ιού πολιομυελίτιδας 2 (VDPV-2) που προέρχεται από το εμβόλιο. Επιπλέον, κατά την ίδια περίοδο, προτάθηκε η έναρξη του διαδοχικού σχήματος με τουλάχιστον μία δόση IPV – κατά προτίμηση την πρώτη δόση – που έχει ήδη εφαρμοσθεί σε όλες τις χώρες της Αμερικής (Falleiros - Arlant et al, 2020).

### *Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών - Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών*

Η συλλογική ανοσία αποτελεί βασικό στόχο για κάθε υγειονομικό σύστημα. Η επίτευξη υψηλών επιπέδων συλλογικής ανοσίας, επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής των εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού. Όλα τα κράτη έχουν καθιερώσει *Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμών* για τη διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού. Τα εμβόλια που περιλαμβάνει το *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών* κάθε χώρας καθορίζονται από τα επιδημιολογικά στοιχεία των νόσων στον πληθυσμό.

Στην Ελλάδα το *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών* (ΕΠΕ) παιδιών και εφήβων και το ΕΠΕ ενηλίκων καθορίζεται από την *Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών*. Τα εμβόλια που περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (μεταξύ των οποίων και το IPV έναντι της πολιομυελίτιδας) χορηγούνται δωρεάν σε όλους τους πολίτες, καθώς η εμβολιαστική κάλυψη θεωρείται βασικός παράγοντας για τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας.

### **ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ**

Η εμβολιαστική κάλυψη είναι ένας κρίσιμος δείκτης για την αξιολόγηση των αναγκών εμβολιασμού και τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εμβολιασμού. Με την ανάλυση των δεδομένων εμβολιαστικής κάλυψης, οι δημόσιες υγειονομικές αρχές μπορούν να εκτιμήσουν το ποσοστό του πληθυσμού που έχει λάβει τις απαραίτητες δόσεις ενός εμβολίου, να αναδείξουν τα ισχυρά σημεία και τις αδυναμίες των προγραμμάτων εμβολιασμού και να εκτιμήσουν την πρόσβαση ενός πληθυσμού στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης ορίζεται ως ο αριθμός των εμβολιασμένων απόμων ενός συγκεκριμένου πληθυσμού,

προς τον συνολικό αριθμό των ατόμων του πληθυσμού για τα οποία συνιστάται εμβολιασμός. Ο δείκτης αυτός είναι συχνά αρκετά δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια καθώς στην πράξη υπεισέρχονται αρκετές πρακτικές δυσκολίες και μεθοδολογικοί περιορισμοί (Παπαμιχαήλ, 2018).

Το έτος 1974 ξεκίνησε το *Εκτεταμένο Πρόγραμμα Εμβολιασμών* (Expanded Programme on Immunization - EPI) του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (ΠΟΥ) που αποτελεί μια κρίσιμη πρωτοβουλία που έχει οδηγήσει σε θεαματική αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης διεθνώς. Το πρόγραμμα αυτό έχει στόχο την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης και την εξασφάλιση της ανεμπόδιστης πρόσβασης στους εμβολιασμούς για όσους βρίσκονται σε κίνδυνο (WHO, 2024).

Η εκτίμηση του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης ενός πληθυσμού είναι ιδιαίτερα σημαντική από την άποψη της Δημόσιας Υγείας καθώς όχι μόνο παρέχει πληροφορίες για το βαθμό προστασίας του πληθυσμού ως σύνολο, αλλά αναδεικνύει την ύπαρξη θυλάκων ειδικών πληθυσμιακών ομάδων ή γεωγραφικών περιοχών με χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού, για τα οποία θα πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν στοχευμένες παρεμβάσεις. Η διατήρηση υψηλών επιπέδων εμβολιαστικής κάλυψης σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού μπορεί να εξασφαλίσει σε μεγάλο βαθμό τον έλεγχο των νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό και την πρόληψη της εμφάνισης επιδημιών. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου γίνεται συστηματική παρακολούθηση της κατάστασης εμβολιασμού του παιδικού πληθυσμού με μελέτες ή εκτιμήσεις που γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα σε εθνικό επίπεδο. Σκοπός των εκτιμήσεων αυτών είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων για τον καθορισμό, την παρακολούθηση της εφαρμογής και την περιοδική αναπροσαρμογή των στρατηγικών εμβολιασμού κάθε χώρας (Παπαμιχαήλ, 2018).

### *Διεθνή δεδομένα*

Η πολιομυελίτιδα είναι μια εξαιρετικά μολυσματική ιογενής νόσος που μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη παράλυση. Το 2022, το 84% των βρεφών σε όλον τον κόσμο έλαβαν 3 δόσεις εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας. Το 2022, η εμβολιαστική κάλυψη των βρεφών που λαμβάνουν την πρώτη τους δόση αδρανοποιημένου εμβολίου πολιομυελίτιδας (IPV) σε χώρες που εξακολουθούν να χρησιμοποιούν από του στόματος εμβόλιο πολιομυελίτιδας (OPV) υπολογίζεται επίσης σε 84%. Θεωρείται πως η πολιομυελίτιδα έχει εκριζωθεί σε παγκόσμια κλίμακα, με εξαίρεση το Αφγανιστάν και το Πακιστάν. Μέχρι να διακοπεί η μετάδοση του ιού της πολιομυελίτιδας σε αυτές τις χώρες, όλες οι χώρες παραμένουν σε κίνδυνο εισαγωγής πολιομυελίτιδας, ειδικά οι ευάλωτες χώρες με μη ανεπτυγμένες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ανεπαρκή εμβολιαστική κάλυψη και ταξιδιωτικούς ή εμπορικούς δεσμούς με τις ενδημικές χώρες. Την περασμένη δεκαετία, το Αφγανιστάν, το Πακιστάν και μέχρι το 2016 η Νιγηρία,

θεωρούνταν χώρες ενδημικές για τη μετάδοση του ιού της πολιομυελίτιδας. Έχουν επίσης βιώσει πολλαπλές εξάρσεις νόσου που προκλήθηκε από τον κυκλοφορούντα ιό πολιομυελίτιδας που προέρχεται από το εμβόλιο (cVDPV). Στις χώρες αυτές, ετησίως πραγματοποιούνται έξι ή περισσότερες συμπληρωματικές εμβολιαστικές εκστρατείες (Supplementary Immunization Activity - SIA) για καταπολέμηση της πολιομυελίτιδας, με τη χρήση μιας ποικιλίας εμβολίων (Mbaeyi, 2023), συμπεριλαμβανομένων τρισθενών OPV (tOPV; τύποι 1, 2 και 3), δισθενούς OPV (bOPV; τύποι 1 και 3), μονοσθενών OPV (κυρίως τύπος 2, δηλ. mOPV2) και εμβόλιο αδρανοποιημένου ιού πολιομυελίτιδας (IPV).

Οι συγκρούσεις και η πολιτική αστάθεια που επικρατούν εδώ και πολλά χρόνια στο Αφγανιστάν έχουν ως αποτέλεσμα πολλές επαρχίες της χώρας κατά καιρούς, αλλά και σε μόνιμη βάση να μην είναι προσβάσιμες για την εφαρμογή συμπληρωματικών εμβολιαστικών εκστρατειών. Κατά τη διάρκεια της εκστρατείας SIA το Ιανουάριο του 2020 δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση σε περισσότερο από 2,75 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών.

Στις νότιες επαρχίες του Πακιστάν η έλλειψη ασφαλείας έχει καταστεί χρόνιο, δυσεπίλυτο πρόβλημα, με αποτέλεσμα δεκάδες χιλιάδες παιδιά χάνουν την ευκαιρία να εμβολιαστούν κατά τη διάρκεια εκστρατείας εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας. Η εικόνα είναι κάπως παρόμοια στη βορειοανατολική Νιγηρία, όπου η διεξαγωγή προγραμμάτων εμβολιασμού έχει διαταραχθεί από τις δράσεις εξτρεμιστών και ανταρτικών ομάδων.

Και στις τρεις χώρες, τα κωλύματα στην διεξαγωγή των προγραμμάτων εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας οφείλονται άμεσα σε προβλήματα ασφάλειας και στη μακροχρόνια απουσία υγειονομικών υποδομών σε υποβαθμισμένες περιοχές, ενώ στο Αφγανιστάν οι εκστρατείες εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας έχουν απαγορευθεί από τις τοπικές αρχές.

Αν και στις τρεις χώρες η εμβολιαστική κάλυψη ρουτίνας την τελευταία δεκαετία έχει βελτιωθεί, παραμένει μη ικανοποιητική, με τη Νιγηρία και το Πακιστάν να συγκαταλέγονται μεταξύ δέκα χωρών με τον μεγαλύτερο αριθμό μη εμβολιασμένων παιδιών. Σύγκριση ποσοτικών εκτιμήσεων σε εθνικό επίπεδο για την κατάσταση εμβολιασμού με τρεις δόσεις OPV στο χρονικό διάστημα από το 2011 έως το 2021 έδειξε ότι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης αυξήθηκαν από 48% σε 53% στη Νιγηρία, από 68% σε 71% στο Αφγανιστάν και 63% σε 83% στο Πακιστάν (Mbaeyi, 2023).

### *Εμβολιαστική κάλυψη κατά της πολιομυελίτιδας στην Ελλάδα*

Ο εμβολιασμός κατά της πολιομυελίτιδας συνήθως περιλαμβάνει τρεις δόσεις του εμβολίου IPV (Inactivated Poliovirus Vaccine), το οποίο περιέχει αδρανοποιημένο ιό της πολιομυελίτιδας. Συνήθως, αυτές οι δόσεις χορηγούνται σε ηλικία 2 μηνών, 4 μηνών και μια επιπλέον δόση συνήθως μεταξύ των 6 και 18 μηνών. Ωστόσο,

επειδή στη χώρα μας δεν κυκλοφορεί εμβολιαστικό προϊόν μόνο με IPV, συγχωρηγείται πάντα με DTaP (διφθερίτιδα - τέτανος - κοκκύτης), γι' αυτό και θεωρείται αποδεκτό να γίνονται τέσσερις δόσεις κατά τα πρώτα δύο έτη της ζωής του παιδιού (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013).

Στη χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα καταγραφής των εμβολιασμών, καθώς δεν υπάρχει ενιαίο μητρώο και στο μεγαλύτερο ποσοστό οι εμβολιασμοί επιτελούνται από ιδιώτες παιδιάτρους. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές μελέτες με σκοπό την εκτίμηση του επιπέδου του εμβολιαστικής κάλυψης και καλύτερου σχεδιασμού των δράσεων και των παρεμβάσεων της Δημόσιας Υγείας. Από αυτές, τέσσερις έχουν διεξαχθεί σε εθνικό επίπεδο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας κατά τα έτη 1996-1997, 2001, 2006 και 2012. Στη μελέτη που έγινε το 2006 διαπιστώθηκαν αρκετά ικανοποιητικά ποσοστά εμβολιασμού για τα περισσότερα εμβόλια, όσον αφορά το γενικό πληθυσμό. Υψηλό (98-99%) βρέθηκε το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης για τα εμβόλια (DTP, MMR, πολιομυελίτιδας). Σημαντική παρατήρηση της μελέτης ήταν η καθυστέρηση στη διεξαγωγή κάποιων αναμνηστικών δόσεων εμβολίων, παρά την τελική υψηλή κάλυψη. Επίσης, η μελέτη ανέδειξε χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού Ρομά, αλλά και της μειονότητας των Ελλήνων μουσουλμάνων (Τασίκα, 2018).

Στη μελέτη που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο το 2012 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών 6 ετών (Α Δημοτικού), η εικόνα βρέθηκε βελτιωμένη σε σχέση με τη μελέτη του 2006. Σε γενικές γραμμές η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα βρέθηκε πολύ υψηλή, με προβλήματα σε συγκεκριμένα εμβόλια και δόσεις. Στόχος επίσης στη μελέτη του 2012 ήταν η εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού προσχολικής ηλικίας των Ελλήνων Τσιγγάνων (Κωνσταντοπούλου, 2020).

Σε σχετικά πρόσφατη μελέτη του 2017 αξιολογήθηκε η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών ηλικίας 2-3 ετών σε πανελλαδικό επίπεδο και η επίδραση σε αυτή της οικονομικής κρίσης. Τα αποτελέσματα ήταν αισιόδοξα, αφού τα ποσοστά κάλυψης για DTP, MMR και Polio βρέθηκαν υψηλά, >95% (Georgakorouli et al, 2017).

Επίσης, σε άλλη μελέτη (Δαμιανάκη και συν., 2019) έχει βρεθεί πως από τα εμβόλια παιδικής ηλικίας, μεγαλύτερα ποσοστά εμβολιασμού αναδείχθηκαν για τα εμβόλια ηπατίτιδας Β 99,2% και πολιομυελίτιδας 98,8%, ενώ τα χαμηλότερα για το συζευγμένο εμβόλιο πνευμονιόκοκκου 75,4%.

Πολυάριθμες μελέτες εμβολιαστικής κάλυψης έχουν γίνει στην Ελλάδα σε τοπικό επίπεδο, τόσο σε αστικές, όσο και σε αγροτικές περιοχές. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους απαιτεί προσοχή, καθώς αρκετά συχνά παρουσιάζουν μεθοδολογικές αδυναμίες, όπως το μη αντιπροσωπευτικό δείγμα (Κωνσταντοπούλου, 2020).

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα συγκεκριμένα για την πολιομυελίτιδα, βρέθηκε επίσης πολύ υψηλή. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με τα στοιχεία του ΠΟΥ για τη χώρα

μας αναφορικά με την εμβολιαστική κάλυψη πολιομυελίτιδας (Pol3) σε παιδιά 1 έτους, από τα οποία προκύπτει ποσοστό εμβολιασμού 99% (WHO, 2023).

Σε έρευνα για την εμβολιαστική κάλυψη παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, έχει βρεθεί ότι στο 95% των συμμετεχόντων παιδιών είχαν χορηγηθεί οι τέσσερις δόσεις και για τα τέσσερα εμβόλια, το 99% και 99,7% είχαν λάβει τρεις και δύο δόσεις αντίστοιχα, ενώ υπήρχε ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,3% που δεν είχε λάβει καμία δόση (Μαΐση και συν., 2023).

Η διεθνής συμμαχία για τα εμβόλια GAVI ιδρύθηκε ως Παγκόσμια Συνεργασία Υγείας το 2000 με στόχο τη δημιουργία ίσης πρόσβασης σε νέα εμβόλια για τα παιδιά που ζουν στις φτωχότερες χώρες του κόσμου. Ειδικότερα, η GAVI στοχεύει στην διευκόλυνση πρόσβασης σε εμβόλια, στην ενίσχυση των συστημάτων Υγείας και παροχής εμβολιαστικής κάλυψης των χωρών και στην εισαγωγή καινοτόμων νέων τεχνολογιών εμβολιασμού. Από την ίδρυση της η GAVI επέτυχε τον εμβολιασμό περίπου 326 εκατομμυρίων παιδιών και απέτρεψε 5,5 εκατομμύρια πιθανούς θανάτους.

Η *Δεκαετία των Εμβολίων* (Decade of Vaccines) ήταν μια παγκόσμια πρωτοβουλία που ανακοινώθηκε το 2010 από τον ΠΟΥ, με στόχο την ενίσχυση των προσπάθειών για τη βελτίωση της πρόσβασης σε εμβόλια σε όλον τον κόσμο. Όπως αναφέρεται, οι στόχοι περιλάμβαναν την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας, τη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας από λοιμώδη νοσήματα, την επίτευξη υψηλών επιπέδων εμβολιαστικής κάλυψης και την εισαγωγή νέων εμβολίων σε εμβολιαστικά προγράμματα (WHO, 2020).

Η εμβολιαστική κάλυψη αντιπροσωπεύει το ποσοστό του πληθυσμού που έχει εμβολιαστεί κατά συγκεκριμένων ασθενειών σε μια δεδομένη χώρα. Είναι ένας σημαντικός δείκτης για την αξιολόγηση της επάρκειας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και της πρόληψης σε μια κοινότητα.

## **ΕΥΑΛΩΤΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ**

### **ΕΥΑΛΩΤΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ - ΟΡΙΣΜΟΣ**

Ευάλωτες ομάδες ή ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, επίσης γνωστές ως ομάδες υψηλού κινδύνου, είναι οι πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε βασικά κοινωνικά και δημόσια αγαθά. Οι ομάδες αυτές συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε πολλούς τομείς της ζωής τους, όπως η στέγαση, η απασχόληση, το εισόδημα, η εκπαίδευση, η υγειονομική περίθαλψη και η κοινωνική ασφάλιση.

Αυτές οι ομάδες αποτελούν τμήμα της κοινωνίας που αντιμετωπίζει ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες ζωής και αφορά άνεργους, άτομα με αναπηρία, άστεγους, πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές και σωματικές ασθένειες και αναπηρίες, χρήστες και πρώην χρήστες ναρκωτικών ουσιών αποφυλακισμένους,

οροθετικούς, θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες, ανήλικους παραβάτες, κακοποιημένες γυναίκες, μονογονεϊκές οικογένειες, πληγέντες από θεομηνίες και ακραία φυσικά φαινόμενα πρόσφυγες, μετανάστες, καθώς επίσης και παλιννοστούντες (Μπαλούρδος και συν., 2014).

## ΕΥΑΛΩΤΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ - ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ Η ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ

### *Μειονότητα - Ορισμός και δικαιώματα*

Ο όρος «μειονότητα» απέκτησε έννοια και περιεχόμενο με την εμφάνιση και εξέλιξη των εθνικών κρατών. Στα κείμενα των Διεθνών Οργανισμών δεν υπάρχει κάποια επίσημη εκδοχή του ορισμού μειονότητας, λόγω έλλειψης ομοφωνίας των κρατών μελών αναφορικά με την περιγραφή και τον προσδιορισμό αυτής της πληθυσμιακής ομάδας. Είναι κοινά αποδεκτό ότι ορίζεται ως μειονότητα μία ομάδα ατόμων η οποία, εξαιτίας των φυσικών ή και των πολιτισμικών της χαρακτηριστικών, διαφοροποιείται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο όπου ζει. Η διαφοροποίηση αυτή εκφράζεται με τη διαφορετική και άνιση μεταχείριση και γι' αυτό τα μέλη της ομάδας θεωρούν τον εαυτό τους αντικείμενο συλλογικής διάκρισης (Lois Wirth, 1941).

Οι *Charles Wagley* και *Marvin Harris* δίνουν πέντε διαστάσεις για τον ορισμό της μειονότητας: (1) άνιση μεταχείριση και λιγότερες δυνατότητες στη ζωή τους, (2) διάκριση με βάση τα φυσικά ή πολιτισμικά χαρακτηριστικά τους όπως το χρώμα του δέρματος ή η γλώσσα, (3) ακούσια συμμετοχή στην ομάδα, (4) επίγνωση της μειονεκτικής θέσης και (5) υψηλά ποσοστά ενδογαμίας (Wagley and Marvin, 1958).

Σε γενικές όμως γραμμές, ο ορισμός «μειονότητα» θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις κοινωνικές ομάδες στον οποίων τα μέλη δεν απολαμβάνουν στον ίδιο βαθμό τα οφέλη και προνόμια που απονέμονται σε ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

### *Η κοινωνική θέση των μειονοτήτων*

Η κοινωνική θέση των μειονοτικών ομάδων του εκάστοτε πληθυσμού διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία, και εξαρτάται από τη δομή του κοινωνικού συστήματος και τη αντίστοιχη ισχύ και επιρροή της μειονοτικής ομάδας. Στην Ελλάδα, το ζήτημα της μειονότητας έχει τεθεί πρώτη φορά κατά τους *Βαλκανικούς Πολέμους* και έχει διευθετηθεί με τη σειρά Συνθηκών, όπως η *Συνθήκη των Σεβρών* (1920), με τη *Σύμβαση του Νείγυ* (1919) μεταξύ Ελλάδας και Βουλγαρίας, καθώς και με τη *Συνθήκη της Λοζάνης* (1923) μεταξύ Ελλάδας και Τουρκίας. Αυτές οι συμβάσεις και ιδίως αυτή της Λοζάνης, εξαιρεί τους μουσουλμάνους της Δυτικής Θράκης από την αναγκαστική ανταλλαγή των πληθυσμών και τους έχει αναγνωρίσει την ιδιότητα της θρησκευτικής μειονότητας. Η θρησκευτική μειονότητα διαφοροποιείται από το

κοινωνικό σύνολο βάσει του θρησκευάτος και είναι μία ειδική περίπτωση εθνικής μειονότητας (Αφένδρας, 1991). Οι διαφορές αυτές καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα από μικρές αποκλίσεις του δόγματος μέχρι εντελώς άλλη θρησκεία, όπως στην περίπτωση της ελληνικής μειονότητας της Ανατολικής Θράκης.

Μειονότητες εντοπίζονται σε όλες τις χώρες του κόσμου, συμβάλλοντας στην κοινωνική ποικιλότητα και πολιτισμική διαφοροποίηση. Το καθοριστικό στοιχείο της μειονοτικής ταυτότητας θεωρείται ο αυτοπροσδιορισμός του ενδιαφερομένου.

Οι ορισμοί των Ηνωμένων Εθνών – που παρατίθενται κυρίως σε μια Διακήρυξη του 1992 – εστιάζουν σε τέσσερις κατηγορίες: *εθνική, εθνοτική, θρησκευτική και γλωσσική*. Είναι κοινώς κατανοητό ότι σε πολλές περιπτώσεις, αυτές δεν είναι αυστηρά οριζόμενες, αλλά μάλλον αλληλεπικαλυπτόμενες κατηγορίες. Οι μειονότητες θεωρείται ότι απολαμβάνουν εξίσου όλα τα δικαιώματα που προβλέπονται από τις βασικές συνθήκες για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Το πλαίσιο της δράσης του ΟΗΕ για τα δικαιώματα των μειονοτήτων περιλαμβάνει ειδικότερα, την προστασία της ύπαρξης των κοινωνικών ομάδων αυτών ως μειονοτήτων: μη διάκριση, την διατήρηση του δικού τους πολιτισμού, θρησκείας και γλώσσας, ουσιαστική συμμετοχή στην πολιτιστική, θρησκευτική, κοινωνική, οικονομική και δημόσια ζωή του κοινωνικού συνόλου, αποτελεσματική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων πολιτικών, τη διατήρηση των δικών τους ενώσεων και τη διατήρηση επαφών και σχέσεων πέρα από τα σύνορα του κράτους που διαμένουν.

Αν και υπάρχει μεγάλη ποικιλία μειονοτικών καταστάσεων, κοινό σε όλους είναι το γεγονός ότι πολύ συχνά, οι μειονότητες αντιμετωπίζουν πολλαπλές μορφές διακρίσεων με αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό.

### *Μειονότητες - διεθνής εικόνα*

Οι εθνοτικές μειονότητες είναι άτομα με εθνοτική καταγωγή διαφορετική από την πλειοψηφία του κοινού. Άτομα πρώτης, δεύτερης ή μεταγενέστερης γενιάς, τα οποία μπορούν να διακριθούν από την πλειονότητα των ανθρώπων που ζουν σε μια συγκεκριμένη χώρα ή περιοχή, μέσω του χρώματος του δέρματός τους, των ονομάτων της οικογένειάς τους, των ειδικών συνηθειών ή της συμπεριφοράς τους και που μπορούν να αναγνωρισθούν ως μειοψηφία σε σχέση με τους περισσότερους κάτοικους μιας συγκεκριμένης χώρας. Η εθνική μειονότητα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ατόμων σε ορισμένες καταστάσεις: ιστορικές εθνικές μειονότητες, μετανάστες, μετανάστες εργάτες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο ή άτομα από πρώην αποικίες και άτομα με διεθνικές ταυτότητες (Bhopal, 2004).

### *Ελλαδικός χώρος: η περίπτωση μουσουλμανικής μειονότητας της Θράκης*

Η μουσουλμανική μειονότητα της Δυτικής Θράκης χαρακτηρίζεται ως «θρησκευτική μειονότητα» και θεωρείται ότι συνιστά μια ενιαία πολιτισμική



ενότητα. Ως επίσημη μητρική γλώσσα για τα μέλη της μειονότητας της Θράκης έχει ορισθεί η τουρκική γλώσσα. Εντούτοις, στην προαναφερόμενη μουσουλμανική μειονότητα συνυπάρχουν τρεις ομάδες, που διαφέρουν σημαντικά αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή, τη γλωσσική διάλεκτο και τα εθνολογικά χαρακτηριστικά. Έτσι, διακρίνονται τουρκόφωνοι μουσουλμάνοι τουρκικής καταγωγής, Πομάκοι που ομιλούν Πομακική διάλεκτο και τέλος οι Ρομά (Αθίγγανοι) που ομιλούν Ρομανί. Ο μειονοτικός πληθυσμός της Θράκης σήμερα αποτελεί το 33% του πληθυσμού, ο οποίος ανέρχεται σε 64.000 στον νομό Ροδόπης σε σύνολο 110.828 κατοίκων, 44.000 στον νομό Ξάνθης σε σύνολο 101.856 κατοίκων και περίπου 9.000 στον νομό Έβρου σε σύνολο 150.580 κατοίκων του νομού.

Η Απογραφή Πληθυσμού που διεξήχθη στις 7 Απριλίου του 1951 κατέγραψε επίσημα αποτελέσματα για τον πληθυσμό της Μειονότητας, με την καταγραφή της θρησκείας και της μητρικής γλώσσας των κατοίκων.

Οι μουσουλμάνοι της Θράκης ανέρχονταν σε 106.000, ποσοστό 27% επί του πληθυσμού της περιοχής σύμφωνα με τα πιστοποιητικά εγκατάστασης που δόθηκαν μεταξύ 1923 και 1933. Ο αριθμός τους ανέρχεται σήμερα στις 80.000 με πτωτική τάση τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Οι μόνες απογραφές που έχουν καταγράψει στοιχεία σχετικά με τη θρησκεία και τη γλώσσα είναι το 1928, 1940 και 1951. Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία από την *Εθνική Στατιστική Υπηρεσία* (ΕΣΥΕ), αλλά υπολογισμοί με βάση, π.χ. τους εγγεγραμμένους στους εκλογικούς καταλόγους ή τον αριθμό των μαθητών των μειονοτικών σχολείων. Υπολογίζεται ότι το 48% των μουσουλμάνων είναι τουρκικής, το 35% πομακικής και το 17% αθιγγανικής καταγωγής. Τα ποσοστά των μουσουλμάνων στους νομούς Ροδόπης, Ξάνθης και Έβρου είναι 61,16%, 43,9% και 6,25% αντίστοιχα (Ναϊπλή, 2014).

Οι Πομάκοι, που υπολογίζονται περίπου στις 38.000, αποτελούν το 34% του συνολικού πληθυσμού της μειονότητας (η υπόλοιπη απαρτίζεται από 56.000 Τουρκογενείς, που αποτελούν το 50% περίπου και από 18.000 Αθίγγανους, που αποτελούν το 16%). Σύμφωνα με την Απογραφή Πληθυσμού της ΕΛ.ΣΤΑΤ. το 2011, στη Θράκη κατοικούσαν 335.000 Έλληνες πολίτες και από αυτούς, εκτιμάται ότι οι 114.000 ανήκαν στην μουσουλμανική μειονότητα, με Τουρκογενείς, Πομάκους και Αθίγγανους (Ρομά) να αριθμούν 54.000, 36.000 και 24.000 άτομα αντίστοιχα. Ο πληθυσμός του Νομού Έβρου ανέρχεται σε 147.530, του νομού Ροδόπης 111.610 κατοίκους και Νομού Ξάνθης 110.290 κατοίκους (Καρά Χουσεϊν, 2017).

*Πομάκοι:* Η ετυμολογία της λέξης *πομάκος* δεν είναι ξεκάθαρη. Εάν υποθεθεί ότι η λέξη «*πομάκος*» προέρχεται από το σλαβικό ρήμα «*βοηθώ*», τότε η ετυμολογία του όρου θα σχετίζεται με τη σημασία του «*αυτός που βοηθάει*». Αμφισβητούμενη είναι και η άποψη πως προέρχεται από την βουλγάρικη λέξη «*μακ*» που σημαίνει βασανισμένος, ενώ άγνωστο παραμένει αν το ίδιο ισχύει με τη βουλγαρική λέξη *rotunjak* («*εκείνος που έγινε Τούρκος*») ή την τουρκική λέξη *çomak* («*ρόπαλο*»). Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία ο όρος προέρχεται από την ελληνική

γλώσσα. Ο όρος συνδέεται με την ονομασία αρχαίας θρακικής πόλης ή με τη λέξη *πομάξ* που δηλώνει τον *πότη* (Καρά Χουσεϊν, 2017).

Οι Πομάκοι ανέκαθεν ζούσαν στην οροσειρά της Ροδόπης εκατέρωθεν των ελληνοβουλγαρικών συνόρων. Δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα για την εθνολογική καταγωγή των Πομάκων και το θέμα αυτό έχει αποτελέσει αντικείμενο πολιτικής διαμάχης των γειτονικών κρατών Ελλάδας, Τουρκίας και Βουλγαρίας, βάσει των εθνικών πολιτικών αναφορικά με αυτή την περιοχή (Λαλένης και συν., 2012).

Οι ιστορικές πηγές στην Ελλάδα ιστορικοί πιστεύουν ότι οι Πομάκοι είναι απόγονοι του Παιονικού φύλου των Αγριάνων (Cole, 2011), αρχαίων Θρακών της οροσειράς της Ροδόπης, ενώ έχει διατυπωθεί επίσης η άποψη και ότι οι Πομάκοι έλκουν την καταγωγή τους από τους πεζούς οπλίτες του *Μεγάλου Αλεξάνδρου*, οι οποίοι εγκαταστάθηκαν στην περιοχή της Ροδόπης μετά την επιστροφή τους από την Ασία (Τρουμπέτα, 2001).

Σύμφωνα με την άποψη που υποστηρίζει η Ελλάδα, οι Πομάκοι είναι αρχαία θρακική φυλή, η οποία εκσλαβίσθηκε γλωσσικά στη διάρκεια των αιώνων. Στη συνέχεια, κατά την περίοδο της *Οθωμανικής Αυτοκρατορίας* ασπιάσθηκαν το *Ισλάμ*. Σύγχρονοι Έλληνες Πομάκοι ομιλούν την ίδια σλαβική γλώσσα που ομιλείται στην περιοχή Μαντάν και Ρούντοζεμ της Βουλγαρίας (Ghodsee, 2010). Οι Βούλγαροι υποστηρίζουν ότι οι Πομάκοι είχαν βουλγαρική συνείδηση, αλλά λόγω πολιτικής της Ελλάδας τα τελευταία 50 χρόνια, έχουν αποκτήσει την τουρκική συνείδηση (Μανγκαλάκοβα, 2010). Η πλειοψηφία των Πομάκων δέχεται ότι ανήκουν στην ξεχωριστή αρχαία φυλή, άποψη που επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό από τον πολιτισμό και τις παραδόσεις των Πομάκων. Οι Έλληνες Πομάκοι χαρακτηρίζονται από σχετικά μεγάλη πολιτισμική ανομοιογένεια. Αποτελούν δεύτερη σε μέγεθος πληθυσμιακή ομάδα της μουσουλμανικής μειονότητας, η οποία κατανέμεται στους τρεις νομούς της Δυτικής Θράκης και αριθμεί περίπου 30.000-35.000 άτομα. Ο αντίστοιχος πληθυσμός των Πομάκων στη Βουλγαρία υπολογίζεται περίπου σε 150.000-200.000.

Πομακοχώρια στην Ελλάδα απαντώνται στους νομούς Ξάνθης, Ροδόπης και Έβρου του γεωγραφικού διαμερίσματος της Θράκης. Στο νομό Ξάνθης τα μεγαλύτερα χωριά είναι ο Κένταυρος, η Γλαύκη, το Ωραίο, η Κοτύλη, οι Σάτρες και οι Θέρμες. Τα πιο πολυπληθή χωριά του Νομού Ροδόπης είναι η Οργάνη, ο Κέγγρος, η Νέδα, η Χλόη, η Άνω Βυρσίνη και η Δρύμη. Τέλος στον Έβρο, Πομακοχώρια βρίσκονται στο δήμο Ορφέα, στο δημοτικό διαμέρισμα Μικρού Δερείου. Τα σημαντικότερα χωριά είναι το Μεγάλο Δέρειο, το Σιδηροχώρι, η Ρούσσα και το Γονικό. Υπάρχουν δήμοι και κοινότητες που κατοικούνται αποκλειστικά από Πομάκους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των Πομάκων αντιστοιχεί στο νομό Ξάνθης. Στο παρακάτω χάρτη αποτυπώνεται η πληθυσμιακή κατανομή των Πομάκων κατά νομό της Θράκης, σύμφωνα με την Απογραφή Πληθυσμού του 2011 (Καρά Χουσεϊν, 2017).

*Ρομά*: Ο όρος *Ρομά* ή *Αθίγγανοι* (τσιγγάνοι) προέρχεται από το στερητικό α- και το αρχαιοελληνικό ρήμα «θιγγάνω» που σημαίνει αγγίζω, ψηλαφώ γιατί οι τσιγγάνοι μετακινούνταν πολύ συχνά και έτσι δεν μπορούσαν να τους γνωρίσουν «ψηλαφίσουν», οι ντόπιοι. Μια άλλη εκδοχή είναι ότι «αθίγγανοι» ονομάζονταν τα άτομα κατώτερης τάξεως, παρίες (Πρόγραμμα Κοινοτικής Πρωτοβουλίας Equal, 2010). Σήμερα «πολιτικά ορθός» θεωρείται ο όρος *Ρομά*, με τον οποίο αυτοπροσδιορίζονται στη γλώσσα τους. Η χρήση του όρου «*Ρομά*» από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το διεθνές πολιτικό κίνημα των Ρομά έχει καθιερωθεί ως κοινά αποδεκτή ονομασία. Ο ορισμός «*Ρομά*» χρησιμοποιείται και από το Συμβούλιο της Ευρώπης για να προσδιορίσει τις διάφορες ομάδες, όπως Ρομά, Σίντι, Καλέ, Ρομ, Ντομ, Λομ κ.ά., καθώς και πληθυσμούς ταξιδιωτών του ΗΒ (Irish Travelers of the UK) και Τσιγγάνων. Στην Ελλάδα σε αντίθεση με τη διεθνή πρακτική, προκρίνεται συχνά από τους ίδιους τους Ρομά ο όρος «Έλληνες Τσιγγάνοι» ή «Έλληνες Ρομά ή Ρομ», δηλώντας έτσι την πρόθεσή τους να ενσωματωθούν στον Ελληνικό εθνικό κορμό (Παπαμιχαήλ, 2018). Σύμφωνα με ιστορική μελέτη (Ζεγκίνης, 1994), η παρουσία των Αθίγγανων στο Βυζάντιο αναφέρεται ήδη από το έτος 1050 μ.Χ. Σήμερα, ο πληθυσμός τους αριθμεί 117.495 μόνιμους κατοίκους και αντιστοιχεί στο ποσοστό 1,13% του μόνιμου πληθυσμού της χώρας (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2022). Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, οι Ρομά παρουσιάζουν μια μεγάλη ποικιλομορφία, η οποία πηγάζει από τις κοινωνικο-οικονομικές τους ιδιαιτερότητες και ανάμοιο βαθμό ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Με βάση τη Συνθήκη της Λοζάνης του 1923, μετά την ανταλλαγή πληθυσμών μεταξύ Ελλάδας και Τουρκίας μια μικρή μειονότητα Μουσουλμάνων Ρομά παρέμεινε στην περιοχή της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, αποτελώντας το μικρότερο πληθυσμιακά ποσοστό της μουσουλμανικής μειονότητας. Οι Ρομά της Θράκης είναι μουσουλμάνοι και ομιλούν Τουρκικά, χαρακτηριστικά που τους καθιστούν διακριτούς από υπόλοιπους Έλληνες Ρομά του ελλαδικού χώρου. Αντιπροσωπεύουν περίπου το 17% του συνολικού πληθυσμού Ρομά της χώρας μας και είναι εγκατεστημένοι κυρίως σε χωριά και σε περιφερειακές περιοχές των τριών μεγάλων πόλεων της Θράκης (Στούκας, 2023). Σύμφωνα με τα κριτήρια τυπολογικής κατάταξης που χρησιμοποιείται από την Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, οι οικισμοί που διαβιών Ρομά κατατάσσονται σε τρεις τύπους: *Κατηγορία Τύπου 1: «Άκρως υποβαθμισμένες περιοχές»*: Συνθήκες διαβίωσης μη αποδεκτές και απουσία βασικών υποδομών. *Κατηγορία Τύπου 2: «Μικτός καταυλισμός»* - Ανάμιξη σπιτιών με πρόχειρες κατασκευές και μερική υποδομή (ύδρευσης, ηλεκτροδότησης, οδοποιίας), συνήθως στις παρυφές κατοικημένης περιοχής. *Κατηγορία Τύπου 3: «Γειτονιά»* σε μόνιμη χρήση, συχνά σε υποβαθμισμένες περιοχές του αστικού ιστού. Στη Θράκη απαντώνται οικισμοί των Ρομά και των τριών τύπων, με τους μεγαλύτερους

το Αλάν Κογιού του Δήμου Κομοτηνής (1.034 κάτοικοι), το Δροσερό Δήμου Ξάνθης (3.500 κάτοικοι) και ο οικισμός στο τέρμα Άβαντος (6.524 άτομα) Δήμου Αλεξανδρούπολης, που ανήκουν στους οικισμούς τύπου I, II και III, αντίστοιχα (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2022). Είναι κοινός τόπος πως οι Ρομά αποτελούν μια από τις πιο ευάλωτες μειονοτικές ομάδες όπως στη χώρα μας, έτσι και στην υπόλοιπη Ευρώπη και βιώνουν πολύπλοκα και αλληλένδετα προβλήματα σε όλους τους τομείς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα την UNICEF στην Ελλάδα η ενσωμάτωση των Ρομά στο κοινωνικό σύνολο είναι περιορισμένη λόγω κοινωνικής περιθωριοποίησης και της οικονομικής ανισότητας.

## *ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ*

### *Παγκόσμια εικόνα*

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αναγνωρίζεται ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα για όλους χωρίς διακρίσεις. Ωστόσο, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μειονότητες, που ανήκουν σε φυλετικές και εθνοτικές ομάδες συχνά αντιμετωπίζουν εμπόδια και δυσκολίες κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και κατά συνέπεια, χειρότερη κατάσταση γενικής υγείας.

Έτσι, στις Ηνωμένες Πολιτείες, η υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζει σημαντικές ανισότητες, ιδίως για ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες, άτομα με χαμηλό εισόδημα, καθώς και άτομα με χρόνιες παθήσεις. Μια από τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες είναι οι ιθαγενείς της Αμερικής. Ένας από τους κύριους λόγους της δυσκολίας στην πρόσβαση και στην περίθαλψη, είναι η υποχρηματοδότηση των προγραμμάτων υγείας. Επιπλέον, οι ιθαγενείς Αμερικανοί συχνά αντιμετωπίζουν διακρίσεις και ανασφάλεια όταν αναζητούν ιατρική περίθαλψη (Joszt, 2018).

Στο ΗΒ, όλες οι πληθυσμιακές ομάδες εθνοτικών μειονοτήτων φαίνεται να αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια, με χαμηλότερη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τους λευκούς Βρετανούς. Επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των ανθρώπων. Παράγοντες όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η κάλυψη και η ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνουν, έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία τους. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για αυτή τη διαφορά, από το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης μέχρι θέματα προσωπικής αντίληψης και πεποιθήσεων, τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν ως εμπόδια.

Για παράδειγμα, η αποδοκιμασία αντιλήψεων και στάσεων απέναντι στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη εμπιστοσύνης στα οφέλη των υπηρεσιών στη χώρα υποδοχής, αποτυπώνονται από πολλές μελέτες. Η γλώσσα και ο πολιτισμός είναι σημαντικοί παράγοντες που αποτρέπουν τη χρήση των υπηρεσιών

υγειονομικής περίθαλψης, επειδή θέτουν σε κίνδυνο την αποτελεσματική επικοινωνία για τους ασθενείς μειονοτικών πληθυσμών (Ajayi, 2021).

Μελέτες αναφέρουν επίσης ότι τα στερεότυπα, το στίγμα και οι προκαταλήψεις των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς μειονότητας μπορεί να συμβάλλουν στην άνιση μεταχείριση των ασθενών. Επιπλέον, το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο για τις κοινωνικο-οικονομικά ευάλωτες μειονότητες εάν δεν υπάρχει ασφάλιση υγείας για την κάλυψη του κόστους υγειονομικής περίθαλψής τους. Οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν όχι μόνο να οδηγήσουν σε αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία και να αυξήσουν τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μπορούν επίσης να προκαλέσουν και ηθικά ζητήματα λόγω παραβίασης ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Zhang et al, 2023).

Στον Ευρωπαϊκό χώρο, μία εθνοτική κοινότητα που αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις όσον αφορά την υγεία τους, είναι αυτή των Ρομά. Η προτεραιότητα της υγείας δεν είναι πάντα υψηλή στην κοινότητα των Ρομά λόγω των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν καθημερινά, όπως η φτώχεια, η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Για πολλούς Ρομά, η αντίληψη της υγείας ως απουσία ασθένειας είναι κοινή, ενώ η ασθένεια θεωρείται καταστροφικό γεγονός που συνδέεται με τον θάνατο. Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται ότι η πληθυσμιακή ομάδα των Ρομά αντιμετωπίζει σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Τα εμπόδια αυτά ποικίλλουν και μπορεί να σχετίζονται είτε με την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, είτε με απουσία νομιμοποιητικών εγγράφων, το χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, το πρόβλημα επικοινωνίας με τους φορείς, η έλλειψη ενημέρωσης για θέματα υγείας ή και ρατσιστική αντιμετώπιση κατά παράβαση των θεμελιακών ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Millan and Smith, 2019, Mózes et al, 2023).

### *Στην Ελλάδα*

*Ρομά:* Η οικονομική τους κατάσταση είναι πολύ δύσκολη, με χαμηλά εισοδήματα και ακραία φτώχεια. Η απουσία επαρκούς εκπαίδευσης, η υγειονομική περίθαλψη και άλλες βασικές υπηρεσίες αποτελούν μείζονα πρόκληση για αυτήν την κοινότητα (Vorvolakos et al, 2021). Παρά τις προσπάθειες οι οποίες έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, οι Ρομά υφίστανται ρατσιστικές διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό, σε διάφορους τομείς όπως η υγεία, η στέγαση, η παιδεία και η εργασία. Μεγάλο ποσοστό Ρομά ζει ακόμη σε καταυλισμούς με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει διαχρονικά προβλήματα όπως η ελλιπής πληροφόρηση σε θέματα πρόληψης και αγωγής υγείας, η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και διακρίσεις. Το αποτέλεσμα της αμέλειας και της έλλειψης ενημέρωσης οδηγούν σε χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, περίπου 10 χρόνια σε αναλογία με το γενικό πληθυσμό (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2022).

*Πομάκοι:* Δεν υπάρχουν έως σήμερα δημοσιευμένα στοιχεία και έρευνες για την χώρα μας που να περιγράφουν την δυνατότητα πρόσβασης και τους περιορισμούς της ομάδας αυτής στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, μια έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί το 2011 έχει επισημάνει ότι οι Πομάκοι μαθητές έχουν τους υψηλότερους δείκτες τερηδόνας σε σχέση με το γενικό παιδικό πληθυσμό της Ελλάδας. Οι ερευνητές απέδωσαν τα ευρήματα σε δυσμενείς κοινωνικο-οικονομικές και γεωγραφικές παραμέτρους και περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (Sapourides et al, 2011).

## **ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ**

### *ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΕΥΑΛΩΤΩΝ / ΜΕΙΟΝΟΤΙΚΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ*

#### *Περιορισμοί στην εμβολιαστική κάλυψη - Δυσπρόσιτοι πληθυσμοί*

Σύμφωνα με σχετικό ορισμό ως δυσπρόσιτοι πληθυσμοί (*hard-to-reach populations*) χαρακτηρίζονται εκείνοι που αντιμετωπίζουν εμπόδια από την πλευρά της προσφοράς στον εμβολιασμό λόγω γεωγραφικής απόστασης ή εδάφους, παροδικής ή νομαδικής μετακίνησης, διακρίσεων από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, έλλειψης συστάσεων του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, ανεπαρκείς εμβολιασμοί λόγω πολέμων και συγκρούσεων, γεννήσεων στο σπίτι ή νομικούς περιορισμούς (Ozawa et al, 2019). Τα εμπόδια από την πλευρά της προσφοράς εμβολιαστικής κάλυψης θα πρέπει να διακρίνονται από τα εμπόδια λόγω χαμηλής ζήτησης. Ως πληθυσμοί με δυσκολία εμβολιασμού ορίζονται εκείνοι που είναι προσβάσιμοι, αλλά δύσκολο να εμβολιασθούν λόγω δυσπιστίας, θρησκευτικών πεποιθήσεων, έλλειψης επίγνωσης των πλεονεκτημάτων του εμβολίου, φτώχειας ή χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.

Οι προσπάθειες που γίνονται διεθνώς για την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας και της ιλαράς έχουν δείξει ότι ορισμένοι πληθυσμοί ήταν ιδιαίτερα δύσκολο να προσεγγιστούν με σκοπό τον εμβολιασμό, με αποτέλεσμα απώλεια πολλών παιδικών ζών, διατήρηση περιοχών με ενδημική πολιομυελίτιδα και επαναλαμβανόμενα κρούσματα ιλαράς. Πρόσφατα, οι «δυσπρόσιτοι» πληθυσμοί (γνωστοί και ως πληθυσμοί υψηλού κινδύνου ή περιθωριοποιημένοι) εμφανίστηκε ως όρος που περιγράφει πληθυσμούς που δεν έχουν εμβολιαστεί ποτέ ή δεν έχουν λάβει όλες τις συνιστώμενες δόσεις του εμβολίου. Η δυσπιστία στα εμβόλια και η επακόλουθη διστακτικότητα των εμβολίων έχει παρατηρηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο που εκτείνεται σε κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, που ποικίλλουν εντός και μεταξύ των χωρών (Ozawa et al, 2019).

Ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει από το 1978 μια προτεινόμενη μεθοδολογία για διενέργεια μελέτης εμβολιαστικής κάλυψης, η οποία είναι γνωστή ως *EPI Immunization*

*Coverage Cluster Survey*. Για την εκτίμηση του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης πολλές αναπτυσσόμενες χώρες πραγματοποιούν μεγάλης κλίμακας πληθυσμιακές μελέτες νοικοκυριών όπως είναι η *Multiple Indicator Cluster Survey* της UNICEF. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν πραγματοποιηθεί περίπου 300 μελέτες σε περισσότερες από 100 χώρες, δίνοντας συγκρίσιμους δείκτες για την υγεία των παιδιών και των μητέρων (Παπαμιχαήλ, 2018).

Η πανδημία COVID-19 επηρέασε αρνητικά την διεξαγωγή των εκστρατειών για την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας. Κατά την περίοδο 2019-2020, ο αριθμός των παιδιών που δεν έχουν λάβει κανένα εμβόλιο ρουτίνας ή αλλιώς, παιδιών μηδενικής δόσης, παρέμεινε σταθερός μόνο στην Ευρώπη 0,3 εκατομμύρια παιδιά, ενώ αυξήθηκε στην Αφρική από 7,1 εκατομμύρια σε 7,7 εκατομμύρια, την Αμερική από 1,6 εκατομμύρια σε 1,7 εκατομμύρια, την Ανατολική Μεσόγειο από 1,8 εκατομμύρια σε 2,3 εκατομμύρια, στις Νοτιοανατολικές περιοχές της Ασίας από 2,0 σε 4,1 εκατομμύρια και στον Δυτικό Ειρηνικό από 0,9 εκατομμύρια σε 1,0 εκατομμύρια (CDC, 2021).

#### *Εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα ευάλωτων πληθυσμών στην Ινδία*

Μελέτη που εκπονήθηκε στην Ινδία αναφέρει ότι η εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού έχει βελτιωθεί από 44% σε 62%, με αύξηση της τάξης 19% σε χρονικό διάστημα 10 ετών (2006-2016). Εντούτοις, τα ευάλωτα άτομα που ανήκουν σε φυλετικές ομάδες και οι μετανάστες συνεχίζουν να εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Έτσι, σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες, η εμβολιαστική κάλυψη στον ευάλωτο πληθυσμό της Ινδίας κυμαίνεται από 31% έως 89%. Διαπιστώθηκε ότι οι σημαντικότεροι λόγοι δισταγμού για εμβολιασμό είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, το οικογενειακό εισόδημα και η έλλειψη γνώσης για το πρόγραμμα εμβολιαστικής κάλυψης. Σύμφωνα με την *Εθνική Έρευνα Οικογενειακής Υγείας* που πραγματοποιήθηκε το έτος 2018, το 62% των παιδιών ήταν πλήρως ανοσοποιημένα για πολιομυελίτιδα, ενώ το 72,8% των παιδιών ηλικίας 12-23 μηνών είχαν λάβει 3 δόσεις εμβολίου πολιομυελίτιδας (Priya et al, 2020).

#### *Εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα ευάλωτων πληθυσμών στο Πακιστάν*

Το Πακιστάν είναι από τις χώρες στις οποίες δεν έχει επιτευχθεί η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας. Η πακιστανική δημογραφική και υγειονομική έρευνα (PDHS) που διεξάχθηκε το έτος 2018 έδειξε πως τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης είναι αρκετά χαμηλότερα στις φτωχές αστικές περιοχές. Όπως προέκυψε από τη μελέτη του προφίλ των κατοίκων των αστικών παραγκουπόλεων, υπάρχει μια ποικιλομορφία παραγόντων που καθορίζουν τις ανισότητες αναφορικά με το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης, που περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα των

υπηρεσιών υγείας, την πρόσβαση στην εκπαίδευση, τα επίπεδα γνώσεων για την υγεία, τη απασχόληση και το κοινωνικό υπόβαθρο (Ahmed et al, 2022).

### *Εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα ευάλωτων πληθυσμών στο Αφγανιστάν*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών του *Εθνικού Σχεδίου Δράσης Έκτακτης Ανάγκης για το Αφγανιστάν* η υψηλότερη συγκέντρωση παιδιών που δεν έλαβαν ούτε μία δόση εμβολίου πολιομυελίτιδας σημειώνεται στις ανατολικές και νότιες περιοχές της χώρας. Επιπλέον, οι διασπνοριακές μετακινήσεις πληθυσμών, ειδικά η βίαιη απέλαση στα τέλη 2023 - αρχές του 2024 των 502.100 Αφγανών προσφύγων πολέμου από το ενδημικό για πολιομυελίτιδα Πακιστάν και η εγκατάστασή τους σε περιοχές απαλλαγμένες από πολιομυελίτιδα του Αφγανιστάν, αποτελούν επίσης πρόκληση για την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας (NEOC - Afghanistan, 2022).

### *Δράσεις για εξάλειψη ανισοτήτων στην εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα*

Τα παιδιά μηδενικής δόσης ζουν σε ευάλωτες κοινότητες και εξυπηρετούνται για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης από διάφορες ανθρωπιστικές οργανώσεις. Ένας από τους στόχους του IA2030 και της στρατηγικής GAVI 5.0 είναι η επέκταση των υπηρεσιών παροχής εμβολιαστικής κάλυψης με σκοπό την προσέγγιση κοινοτήτων μηδενικής δόσης, ειδικότερα του παιδικού πληθυσμού. Ο στόχος αυτός για να επιτευχθεί απαιτεί κατανόηση των κοινωνικο-οικονομικών, πολιτιστικών, γεωγραφικών και συστημικών εμποδίων του εμβολιασμού σε αυτές τις κοινότητες (CDC, 2021).

Πρόσφατη ανασκόπηση (Ekezie et al, 2022) παρέχει επιστημονικά δεδομένα αναφορικά με τους κρίσιμους παράγοντες για την πρόσβαση στον εμβολιασμό μεταξύ μειονεκτούντων, απομονωμένων και δυσπρόσιτων κοινοτήτων σε ευρωπαϊκές χώρες του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (ΠΟΥ). Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώθηκαν σε αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες, μετανάστες και υποβαθμισμένες κοινότητες. Η εμβολιαστική κάλυψη ήταν χαμηλότερη μεταξύ των πληθυσμών της μελέτης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες που επηρέασαν την πρόσβαση στον εμβολιασμό ήταν διαφορετικοί για κάθε πληθυσμιακή ομάδα και περιλάμβαναν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, τη γλώσσα, την αντίληψη κινδύνου, τη σοβαρότητα της νόσου και των οφελών εμβολιασμού. Το εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας παρέχόταν επίσης συχνά ως συνδυασμός (DTaP-IPV-Hib). Ορισμένες μελέτες ανέφεραν υψηλή εμβολιαστική κάλυψη όπως φαίνεται μεταξύ των αιτούντων άσυλο στην Ολλανδία (τύπος πολιομυελίτιδας 1: 91%, τύπος 2: 95% και τύπος 3: 82%). Μεταξύ των μειονοτήτων και των θρησκευτικών ομάδων γενικά, συμπεριλαμβανομένων των εθνοτικών μειονοτήτων, οι κοινότητες των Ρομά, των Εβραίων και των Αράβων



είχαν χαμηλότερα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης σε σύγκριση με τον γενικό (τοπικό) πληθυσμό (Ekezie et al, 2022).

### *ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΡΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ*

Η εμβολιαστική κάλυψη των Ρομά αποτυπώνεται κυρίως από μικρές τοπικές μελέτες αδύναμες μεθοδολογικά. Απουσιάζουν από τη διεθνή βιβλιογραφία συστηματικές ανασκοπήσεις για την υγεία και την εμβολιαστική κάλυψη σε εθνικό επίπεδο. Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, ο συγχρωτισμός και οι συχνές αναφορές για εμφάνιση συρροών κρουσμάτων λοιμώδους αιτιολογίας στους οικισμούς των Ρομά καθιστούν σημαντική την αποτύπωση της εμβολιαστικής κάλυψης σε αυτή την κοινότητα. Το σύνολο σχεδόν των δημοσιευμένων μελετών εκτιμά ότι τα επίπεδα εμβολιασμού στους πληθυσμούς Ρομά των διαφόρων ευρωπαϊκών κρατών είναι αρκετά χαμηλά (Παπαμιχαήλ, 2018).

Ανάλυση των δεδομένων της *Roma Regional Survey 2011* σε 12 χώρες της Κεντρικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης έδειξαν ότι τα παιδιά Ρομά έχουν χαμηλότερη εμβολιαστική κάλυψη σε σύγκριση με τα μη Ρομά. Σε σύγκριση με ένα παιδί μη Ρομά ένα παιδί Ρομά να είναι εμβολιασμένο για πολιομυελίτιδα είναι μόλις 38,6%. Αυτές οι διαφορές δεν φαίνεται να εξηγούνται εξ ολοκλήρου από τη χειρότερη κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση. Ωστόσο, η πιθανότητα εμβολιασμού αυξάνεται με την βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ειδικά όταν οι Ρομά έχουν γιατρό να προσεγγίσουν όταν υπάρχει ανάγκη (Dunal et al, 2016).

Μια πρόσφατη έκθεση της ΕΕ, που εξετάζει την κατάσταση της υγείας των κοινοτήτων των Ρομά περιγράφει τα εμπόδια που περιορίζουν την πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Τα πιο συνηθισμένα εμπόδια από την πλευρά της προσφοράς, είναι η μεγάλη απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας, επειδή ο χρόνος και το κόστος μεταφοράς είναι απαγορευτικά, το κόστος και οι τιμές των υπηρεσιών, λόγω της χαμηλής οικονομικής κατάστασης πολλών Ρομά. Η ασφάλιση υγείας απομακρύνει σε μεγάλο βαθμό αυτό το εμπόδιο. Ωστόσο, οι Ρομά είναι πολύ λιγότερο πιθανό να έχουν ασφαλιστική κάλυψη σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, εκτός από τη Σλοβακία και τη Σερβία. Επίσης η έλλειψη εγγράφων ταυτότητας, η έλλειψη προϋποθέσεων για ασφάλιση υγείας λόγω εισοδήματος ή εργασιακής κατάστασης, η έλλειψη γνώσης σχετικά με τον τρόπο πρόσβασης στην ασφάλιση υγείας, είναι εμπόδια που περιορίζουν την πρόσβαση των Ρομά στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (de Graaf et al, 2016).

Το 2018 πραγματοποιήθηκαν δύο συστηματικές ανασκοπήσεις, οι οποίες είχαν ως στόχο να εντοπίσουν και να περιγράψουν τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τους λόγους για τον μη εμβολιασμό. Στις ανασκοπήσεις αυτές κανένα από τα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα δεν αναλύει τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των Ρομά σχετικά με τον εμβολιασμό. Δεν υπάρχουν στοιχεία που

να τεκμηριώνουν πως οι γονείς Ρομά αντιτίθενται στο να εμβολιαστούν τα παιδιά τους για λόγους πεποίθησης. Οι λανθασμένες αντιλήψεις τους σχετικά με τον εμβολιασμό δεν διαφέρουν από αυτές που συναντώνται στον γενικό πληθυσμό. Για διάφορους λόγους, πολλά μέλη της κοινότητας αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι συγγραφείς ερμηνεύουν τη χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των Ρομά ως αποτέλεσμα της συνεχούς μετακίνησης ορισμένων μελών αυτής της κοινωνικής ομάδας, τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, την περιθωριοποίηση και διακρίσεις, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν είναι η χαμηλή ευαισθητοποίηση σχετικά με τον εμβολιασμό ως προληπτικό μέτρο και οι πολιτιστικές διαφορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, π.χ. γλωσσικά εμπόδια, θρησκευτικές πεποιθήσεις, παραδοσιακές θεραπείες, πρώιμοι γάμοι, χαμηλότερη κοινωνική θέση των γυναικών στις κοινότητες των Ρομά κ.ά. (Fournet et al, 2018).

## *ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΡΟΜΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ*

### *Εμβολιαστική κάλυψη πληθυσμών Ρομά σε εθνικό επίπεδο*

Στην Ελλάδα παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες να αποτυπωθεί η υγεία στην κοινότητα των Ρομά, συστηματικές ανασκοπήσεις αποκαλύπτουν την έλλειψη εθνικών μελετών εμβολιαστικής κάλυψης. Οι προσπάθειες έρευνας των εμβολιασμών στην κοινότητα των Ρομά περιορίζονται κυρίως σε τοπικές μελέτες, οι οποίες συχνά υστερούν μεθοδολογικά (Παπαμιχαήλ, 2018).

Οι μελέτες που εξετάζουν τα θέματα υγείας των Ρομά αναδεικνύουν τη σημασία της αντιμετώπισης σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στο σύστημα υγείας, με περισσότερο ευάλωτους τα παιδιά και τις γυναίκες. Στην ευαίσθητη αυτήν πληθυσμιακή ομάδα, δεν υπάρχει αρνητική αντίληψη για τους εμβολιασμούς ή αδικαιολόγητος φόβος για ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα σημαντικότερα εμπόδια για τον εμβολιασμό φαίνεται να είναι το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική και γεωγραφική απομόνωση, καθώς και η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης. Επιπλέον, δεν είναι εύκολα κατανοητή η έννοια της πρόληψης και οι προληπτικές παρεμβάσεις όπως οι εμβολιασμοί δεν αποτελούν προτεραιότητα, ενώ ανησυχία για την υγεία υφίσταται μόνο στην παρουσία πολύ σοβαρών συμπτωμάτων.

Οι Έλληνες Ρομά έχουν Βιβλιάριο Υγείας των παιδιών τους σε ποσοστά 70-80%, ενώ στο σύνολο των σχετικών μελετών έχει παρατηρηθεί η δυσκολία τους να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν το *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών*. Για τους παιδικούς εμβολιασμούς επισκέπτονται τα πλησιέστερα Κέντρα Υγείας ή εμβολιάζονται εντός του οικισμού της κατοικίας τους από κινητές μονάδες Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Τα ευρήματα αυτά αποτυπώνουν των αυξημένο

ενδιαφέρον των Ρομά για την υγεία των παιδιών τους και την προτίμηση που δείχνουν στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας (Ιωαννίδου και συν., 2019).

Το 2012 στην χώρα μας πραγματοποιήθηκε η *Εθνική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού των Παιδιών*, στην οποία συμμετείχαν παιδιά 2 έως 6,5 ετών από τους 26 οικισμούς Ρομά. Το ποσοστό των παιδιών που είχαν Βιβλιάριο Υγείας ή κάρτα εμβολιασμού ήταν 87%. Η εκτίμηση εμβολιαστικής κάλυψης κατά της πολιομυελίτιδας του παιδικού πληθυσμού των Ελλήνων Ρομά έδειξε πως την 1η, 2η και 3η δόση έλαβαν τα 88%, 71% και 58% των παιδιών, αντίστοιχα. Από τα παιδιά που δεν είχαν Βιβλιάριο Υγείας ή Κάρτα Εμβολιασμού το 78% αναφέρθηκε από τη μητέρα ότι δεν είχαν κάνει «καθόλου εμβόλια», το 19% ότι είχαν κάνει «λίγα εμβόλια» και για 1 παιδί (3%) «αρκετά εμβόλια». Στην ίδια μελέτη εκτιμήθηκε ότι τα παιδιά εμβολιάζονται συνήθως σε δημόσιες δομές ή Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013).

Στην *Εθνική Έρευνα Εμβολιαστικής Κάλυψης Παιδιών Ρομά*, η οποία πραγματοποιήθηκε το έτος 2017 συμπεριλήφθηκαν 30 οικισμοί και εξετάστηκαν ηλικίας 24-77 μηνών. Βρέθηκε πολύ χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη για όλα τα εμβόλια στον παιδικό πληθυσμό Ρομά, π.χ. η κάλυψη με IPV3 ήταν 50-56% με ένα στα τρία παιδιά να είχε λάβει IPV2 μέσα στον πρώτο χρόνο ζωής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών Ρομά στην Ελλάδα, ήταν πολύ χαμηλότερη από αυτήν του μη μειονοτικού παιδικού πληθυσμού (Paramichail et al, 2017).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι κατά τη διάρκεια αναζήτησης σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας εντοπίστηκε σειρά ερευνών αναφορικά με τους Ρομά, τόσο εθνικού χαρακτήρα (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013, Paramichail et al, 2017), όσο και σε τοπικό επίπεδο (Κωνσταντοπούλου, 2020, Στυλιανέση, 2021), ενώ μόνο δύο μελέτες διερεύνησαν την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού των Ελλήνων Πομάκων (Sapourides et al, 2011, Farmaki et al, 2019).

### *Εμβολιαστική κάλυψη πληθυσμών Ρομά του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Στο νομό Αιτωλοακαρνανίας πραγματοποιήθηκε το 2020 έρευνα για την εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης παιδιών Ρομά, ηλικίας 1-14 ετών. Η έρευνα έδειξε ανεπαρκή εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού Ρομά, σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με την εμβολιαστική κάλυψη του γενικού πληθυσμού, καθώς και των στόχων του ΠΟΥ για την κάλυψη έναντι νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Στην ηλικιακή ομάδα 12-23 μηνών, ο εμβολιασμός με  $\geq 3$  δόσεις DTP-IPV-Hib, είχε πραγματοποιηθεί στο 9% περίπου των παιδιών. Το ένα τρίτο περίπου των παιδιών (30%) είχε υποβληθεί σε βασικό εμβολιασμό με  $\geq 3$  δόσεις DTP-IPV-Hib. Στην ηλικιακή ομάδα 2-6 ετών το ένα τρίτο περίπου των παιδιών (30%) είχε υποβληθεί σε βασικό εμβολιασμό με  $\geq 3$  δόσεις DTP-IPV-Hib. Περίπου το 50% των παιδιών είχε κάνει πάνω από 3

δόσεις εμβολίου πολιομυελίτιδας. Τέλος στην ηλικιακή ομάδα 6-14 ετών περίπου το 51% των παιδιών είχε υποβληθεί σε βασικό εμβολιασμό με  $\geq 3$  δόσεις DTP-IPV-Hib (Κωνσταντοπούλου, 2020).

### *Εμβολιαστική κάλυψη πληθυσμών Ρομά του Νομού Ηλείας*

Το 2021 πραγματοποιήθηκε μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού των Ρομά στο Νομό Ηλείας σε ηλικίες από 2 έως 16 ετών. Στη μελέτη αυτήν το 66% των παιδιών διέθετε βιβλιάριο υγείας, ενώ το 19% διέθετε κάρτα εμβολιασμών. Το γενικό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού ήταν 61.63 %, ενώ στις περιοχές Πύργος και Αμαλιάδα καταγράφηκαν 65.26% και 66.62%, ποσοστά υψηλότερα από γενικό μέσο όρο της εμβολιαστικής κάλυψης. Αντίθετα, στους οικισμούς στην περιοχή της Γαστούνης, διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης ήταν περίπου 43%. Οι Ρομά στην πλειοψηφία τους έχουν θετική άποψη για τους εμβολιασμούς. Τα πιο σημαντικά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες εμβολιασμού που αναφέρθηκαν ήταν, η έλλειψη ενημέρωσης σε ποσοστό 21.5%, οικονομικοί λόγοι σε ποσοστό 9% και η έλλειψη κινήτρων σε ποσοστό 8.5% (Στυλιανέση, 2021)

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

### *ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ*

Της μελέτης προηγήθηκε η συστηματική ανασκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, η οποία αναφέρεται στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμβολιαστική κάλυψη κατά της πολιομυελίτιδας στους ευάλωτους πληθυσμούς. Η ηλεκτρονική αναζήτηση των σχετικών άρθρων έγινε με τη χρήση της μηχανής αναζήτησης google στη διαδικτυακή βάση δεδομένων PubMed και με την χρησιμοποίηση συγκεκριμένων λέξεων - κλειδιών: *Polio*, *polio vaccination*, *minorities*, *Roma population* και *Pomaks*.

Η διαδικασία συμπληρώθηκε με την ηλεκτρονική αναζήτηση σχετικών ελληνόγλωσσων δημοσιεύσεων στα αρχεία ελληνόγλωσσων επιστημονικών περιοδικών και πρακτικών συνεδρίων και με τον έλεγχο των περιεχομένων συγκεκριμένων άρθρων. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: *πολιομυελίτιδα*, *εμβολιασμός κατά της πολιομυελίτιδας*, *μειονότητες*, *Ρομά* και *Πομάκοι*.

Σε επόμενη φάση καταγράφηκαν οι τίτλοι των άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση και μελετήθηκαν οι περιλήψεις τους. Για την τελική επιλογή των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν ορισμένα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τα άρθρα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη κατά της πολιομυελίτιδας σε ευάλωτους

πληθυσμούς, Ρομά και Πομάκους, τα οποία δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά της βάσης βιβλιογραφικών δεδομένων *Pubmed*. Μετά από προσεκτική μελέτη κάποια άρθρα απορρίφθηκαν λόγω μη σχετικότητας με το υπό εξέταση θέμα. Στη συνέχεια ακολούθησε η συλλογή και μελέτη ολόκληρων των κειμένων, τα οποία προήλθαν από τα επιλεγθέντα δημοσιεύματα. Σε επόμενο βήμα, οι βιβλιογραφικές αναφορές άλλων ερευνών μελετήθηκαν προσεκτικά για τον εντοπισμό περαιτέρω άρθρων.

## *ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΕΡΕΥΝΑΣ*

### *Επιλογή των προς εξέταση περιοχών - κριτήρια*

Η παρούσα επιδημιολογική μελέτη πραγματοποιήθηκε με επιτόπιες επισκέψεις στον οικισμό της Αλεξανδρούπολης και στα χωριά των Πομάκων με τη μέθοδο προσωπικής συνέντευξης, στη διάρκεια της οποίας συμπληρώθηκαν τα ανώνυμα ερωτηματολόγια με ταυτόχρονο έλεγχο των βιβλιαρίων εμβολιασμού.

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 106 Ρομά και 109 Πομάκοι ενήλικες. Το σύνολο των παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά ήταν 117 άτομα και το σύνολο των παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Πομάκων ήταν 96 άτομα.

Προκειμένου να μελετηθεί η εμβολιαστική κάλυψη κατά της πολιομυελίτιδας στους ευάλωτους πληθυσμούς, Ρομά και Πομάκους, της Θράκης, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας, η οποία αναφέρεται στην εμβολιαστική κάλυψη κατά της πολιομυελίτιδας των ευάλωτων πληθυσμών και στους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Λόγω των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων, καθώς και της κοινωνικής και πληθυσμιακής πολυμορφίας του Νομού Έβρου η επιλογή των οικισμών στις περιοχές μελέτης αποτέλεσε πολύπλοκη διαδικασία. Έτσι επιλέχθηκε τελικά ο οικισμός Ρομά στην περιοχή τέρμα Άβαντος ως πολυπληθέστερος.

Από τα χωριά Πομάκων, επιλέχθηκαν το Μεγάλο Δέρειο, η Ρούσσα και στο νότιο τμήμα του Νομού επιλέχθηκε το χωριό Κόμαρος, επίσης λόγω πληθικού μεγέθους.

### *Επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος πληθυσμού*

*Πληθυσμός μελέτης:* Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από το σύνολο των Ρομά και Πομάκων των προαναφερόμενων περιοχών, που διεξήχθη η παρούσα έρευνα με τη μέθοδο προσωπικής συνέντευξης. Ο συνολικός αριθμός του μειονοτικού πληθυσμού της Θράκης την περίοδο αυτή ανέρχόταν στους 9.000 περίπου στον νομό Έβρου.

*Κριτήρια συμμετοχής:* Ως κριτήριο συμμετοχής ορίστηκε η μειονοτική ιδιότητα σε συνδυασμό με την ιδιότητα του κατοίκου των υπό μελέτη οικισμών (οικισμό Ρομά

στην περιοχή τέρμα Άβαντος και στα χωριά Μεγάλο Δέρειο, Ρούσσα και Κόμαρος) και η συναίνεση μετά από ενημέρωση των ατόμων να συμμετέχουν στη μελέτη.

*Κριτήρια αποκλεισμού:* Από την έρευνα αποκλείστηκαν οι κάτοικοι που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι μη μόνιμοι κάτοικοι των περιοχών και όσοι απουσίαζαν από τις οικίες τους την ημέρα της έρευνας.

*Διαδικασία συνέντευξης:* Στην παρούσα επιδημιολογική μελέτη αποτυπώθηκε η εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα των 428 ατόμων, που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στις περιοχές αυτές.

#### *Διαδικασία συλλογής δεδομένων - ερευνητικό εργαλείο*

Ερευνητικό εργαλείο στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε η σύντομη και δομημένη προσωπική συνέντευξη διάρκειας περίπου 15 λεπτών και η συμπλήρωση σύντομου ερωτηματολογίου.

Για την εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης συλλέχθηκαν πληροφορίες από τα *Βιβλιάρια Υγείας Παιδιού* και συμπληρώθηκε το σχετικό ερωτηματολόγιο. Επίσης τονίστηκε η σημασία των ειλικρινών απαντήσεων για την αξιοπιστία της έρευνας.

Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων έγινε από την ερευνήτρια πρωινές και απογευματινές ώρες με επιτόπιες επισκέψεις στον οικισμό της Αλεξανδρούπολης και στα χωριά των Πομάκων.

#### **ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Η παρούσα μελέτη με τίτλο «Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα στους ευάλωτους πληθυσμούς της Θράκης» έλαβε την με αρ. πρωτ. ΔΠΘ/ΕΗΔΕ/54655/396/21/06/2024 έγκριση της *Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας* (ΕΗΔΕ) του Δ.Π.Θ. Πρέπει να σημειωθεί ότι ελήφθησαν υπόψη όλες οι προδιαγραφές της ηθικής και δεοντολογίας που επιτάσσουν ενημερωμένη συναίνεση των συμμετεχόντων, την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου, ενώ τα ευρήματα και τα δεδομένα της έρευνας εξακολουθούν να είναι εμπιστευτικά.

#### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου, από τις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνταν να επιλέξουν μια απάντηση. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε μετά από ενδελεχή ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Στο ερωτηματολόγιο συμπεριελήφθησαν οι ακόλουθοι *δημογραφικοί παράγοντες: φύλο, ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και εθνοτική ομάδα.*

Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την πρόληψη, την ενημέρωση - γνώση, και τους παράγοντες μη εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας είναι οι εξής: εμβολιασμός κατά της πολιομυελίτιδας, τι γνωρίζεται για την πολιομυελίτιδα, αν κάποιο άτομο στο οικογενειακό περιβάλλον έχει καταστεί σωματικά ανάπηρο μετά από νόσηση στην παιδική ηλικία, αν γνωρίζουν ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα και αν γνωρίζουν ότι υπάρχει εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας.

Οι κοινωνικές μεταβλητές (social determinants) που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής: το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα του πατέρα και η ηλικία γάμου της μητέρας.

Ως συμπεριφορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι βλαπτικές συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ). Τέλος, στο ερωτηματολόγιο συμπεριελήφθησαν ειδικές ερωτήσεις για τον εμβολιασμό κατά της COVID-19, καθώς και η πραγματοποίηση προληπτικού ιατρικού ελέγχου, με σκοπό την εκτίμηση της γενικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας.

Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια και τα δεδομένα που προέκυψαν, κωδικοποιήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή με μορφή αρχείου *Microsoft Office Excel* και αναλύθηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 24*.

## **ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να αναλύσει και να παράσχει αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη των ευαίσθητων πληθυσμών, Ρομά και Πομάκων της Θράκης, να κατανοήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτήν την κάλυψη και να διερευνήσει τις απόψεις και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι γονείς σχετικά με τους παιδικούς εμβολιασμούς. Κύριοι στόχοι της έρευνας ήταν:

- Η ποσοτική εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού και ενήλικου πληθυσμού των Ρομά και Πομάκων.
- Η εκτίμηση του παιδικού και ενήλικου πληθυσμού που διαθέτει Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού ή άλλη έγγραφη καταγραφή εμβολιασμών.
- Η ανάδειξη διαφορών στην εμβολιαστική κάλυψη ανά ηλικιακή ομάδα.
- Η καταγραφή των αντιλήψεων των γονέων Ρομά και Πομάκων για τους εμβολιασμούς.
- Η αποτύπωση και διερεύνηση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι γονείς Ρομά και Πομάκοι σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών τους, για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προσεγγίσεων και την προώθηση του εμβολιασμού σε αυτές τις κοινότητες.

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή/αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης με στόχο στη συνέχεια την αξιοποίηση των στοιχείων και τη δημιουργία εκστρατείας εμβολιασμού, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και γενικά της προαγωγής υγείας των ευάλωτων πληθυσμών της περιοχής της

Θράκης. Ο σκοπός αυτός επιτεύχθηκε μέσα από την ποιοτική και ποσοτική διερεύνηση του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης των ευάλωτων πληθυσμών Ρομά και Πομάκων της Θράκης και των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που το επηρεάζουν.

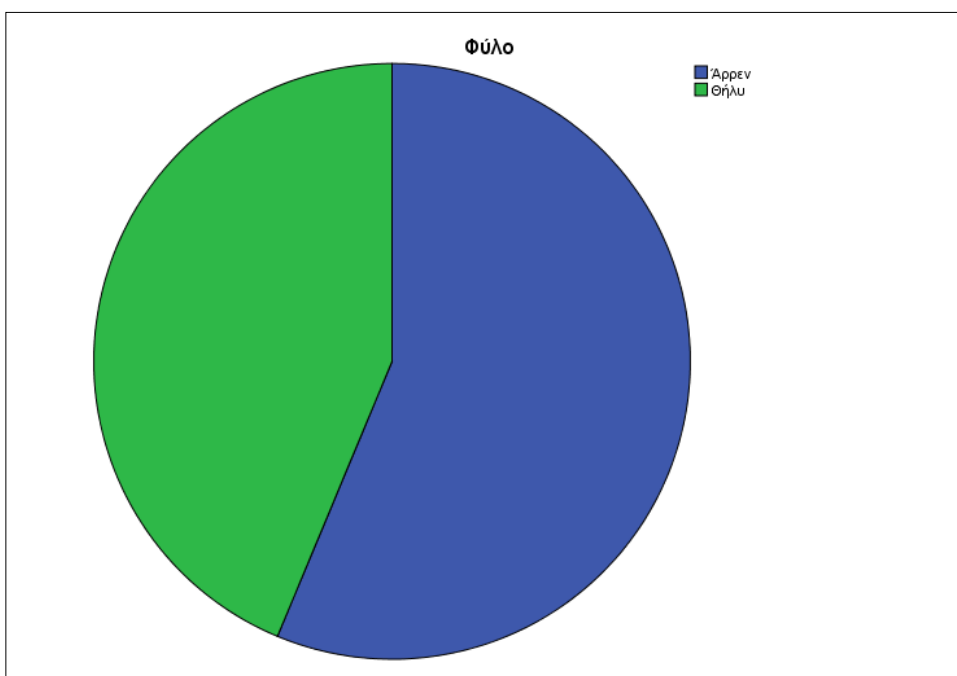
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η καταγραφή του φύλου των συμμετεχόντων στην έρευνα (Ερώτηση 1) έδειξε ότι από το σύνολο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι 215 ενήλικες, εκ των οποίων 56,3% άνδρες και 43,7% γυναίκες.

Πίνακας 1. Κατανομή σύμφωνα με το φύλο.

Φύλο	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άρρεν	121	56,3	56,3	56,3
Θήλυ	94	43,7	43,7	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	



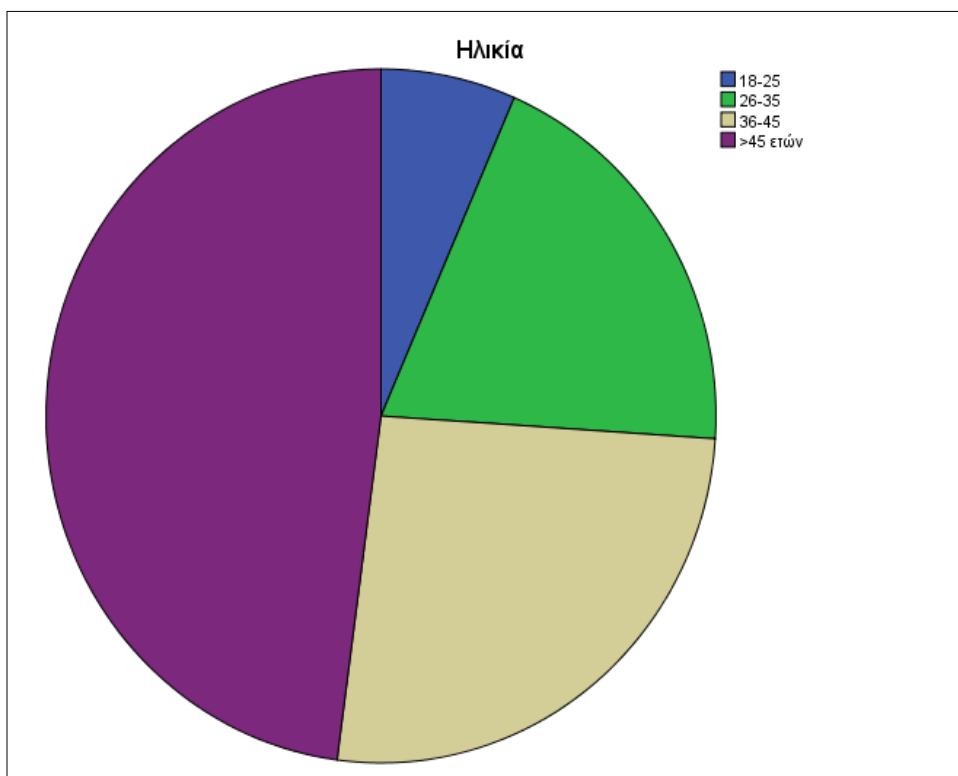
Γράφημα 1. Κατανομή σύμφωνα με το φύλο.



Η ηλικία των συμμετεχόντων (Ερώτηση 2) στο μεγαλύτερο ποσοστό της είναι άνω των 45 ετών, ποσοστό 47,9% και έπεται η ηλικιακή ομάδα των 36-45 σε ποσοστό 26%.

Πίνακας 2. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία

Ηλικιακές ομάδες	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18-25	14	6,5	6,5	6,5
26-35	42	19,5	19,5	26,0
36-45	56	26,0	26,0	52,1
>45 ετών	103	47,9	47,9	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

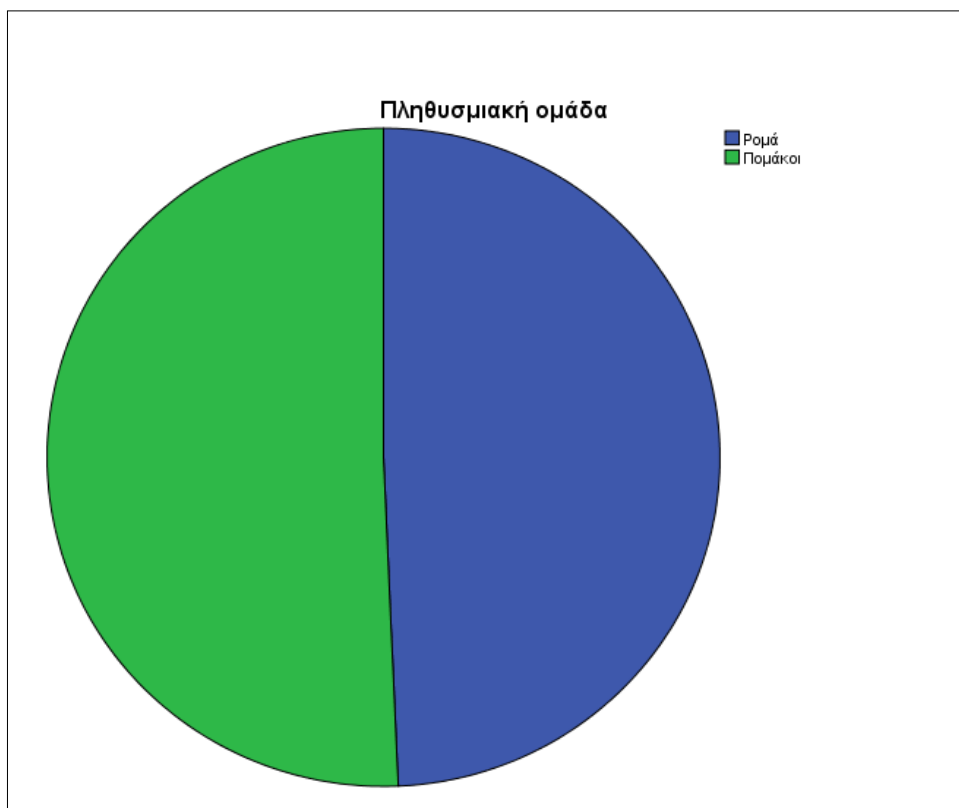


Γράφημα 2. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία.

Αναφορικά με την ομάδα πληθυσμού (Ερώτηση 3), οι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν κάποια ιδιαίτερη διαφοροποίηση.

Πίνακας 3. Κατανομή σύμφωνα με την πληθυσμιακή ομάδα.

Πληθυσμιακή ομάδα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ρομά	106	49,3	49,3	49,3
Πομάκοι	109	50,7	50,7	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

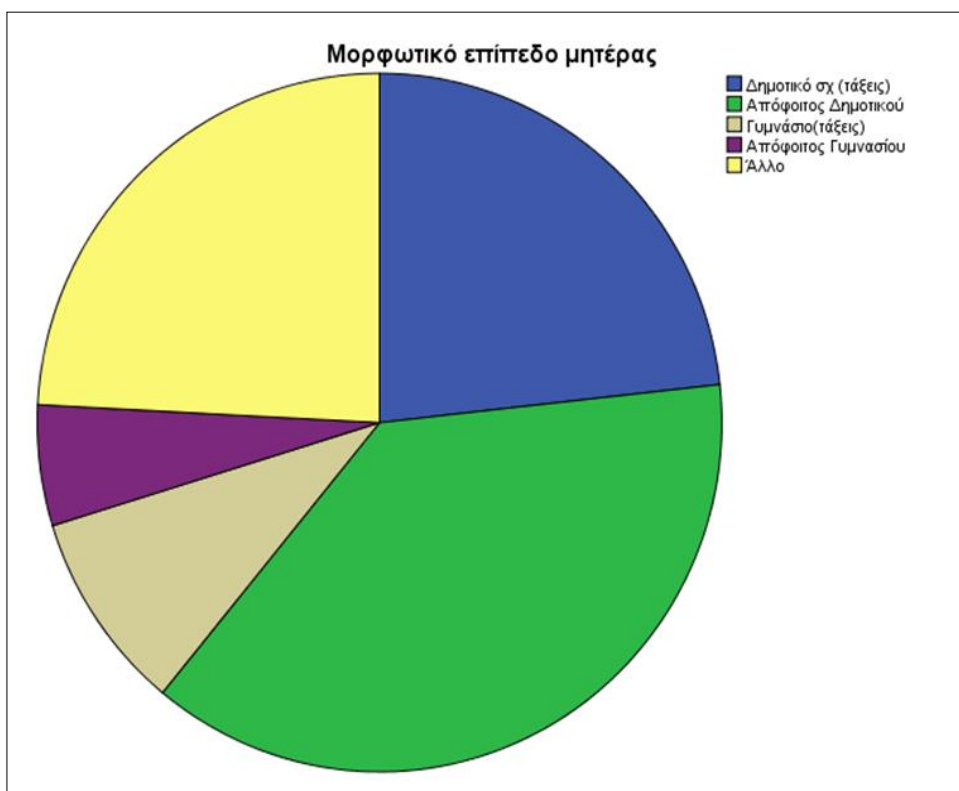


Γράφημα 3. Κατανομή σύμφωνα με την πληθυσμιακή ομάδα.

Σχετικά με το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας (Ερώτηση 4), το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Δημοτικού 37,3%. Ενώ πολλοί έχουν δηλώσει πως έχουν ολοκληρώσει κάποιες τάξεις του Δημοτικού σχολείου (23,3%).

Πίνακας 4. Κατανομή σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας.

Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δημοτικό σχολείο (τάξεις)	50	23,3	23,3	23,3
Απόφοιτος Δημοτικού	81	37,7	37,7	60,9
Γυμνάσιο (τάξεις)	20	9,3	9,3	70,2
Απόφοιτος Γυμνασίου	12	5,6	5,6	75,8
Άλλο	52	24,2	24,2	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

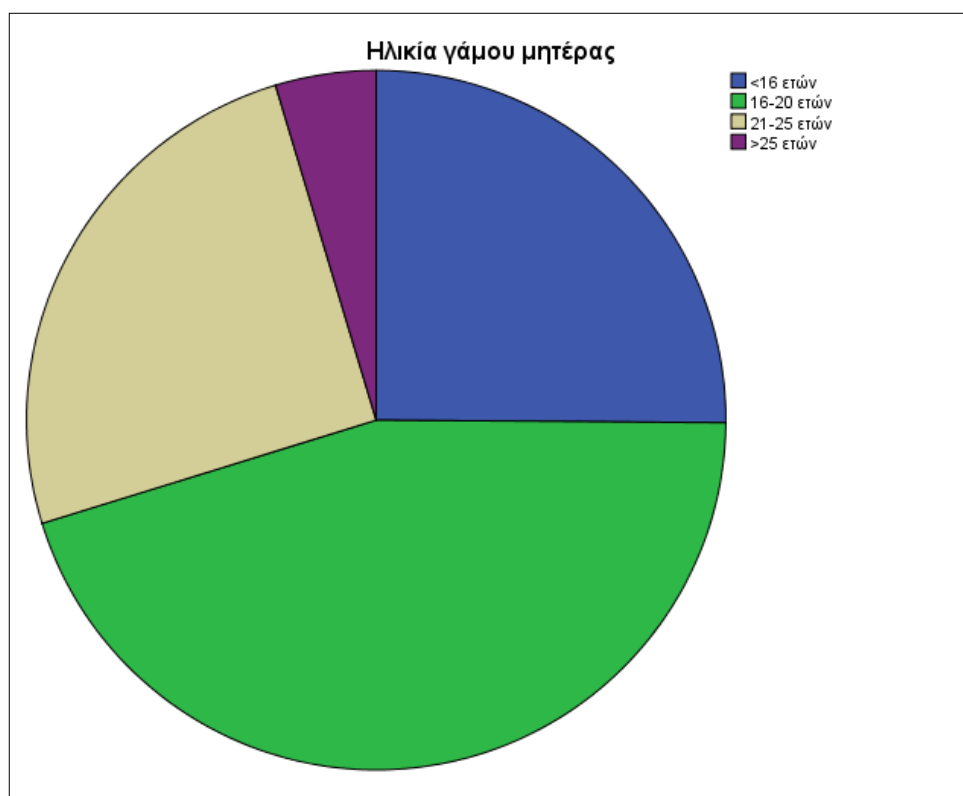


Γράφημα 4. Κατανομή σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας.

Αναφορικά με την ηλικία γάμου της μητέρας (Ερώτηση 5), το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είχε πραγματοποιήσει γάμο στην ηλικιακή ομάδα 16-20 ετών (ποσοστό 45,1%).

Πίνακας 5. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία γάμου της μητέρας.

Ηλικία γάμου της μητέρας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<16 ετών	54	25,1	25,1	25,1
16-20 ετών	97	45,1	45,1	70,2
21-25 ετών	54	25,1	25,1	95,3
>25 ετών	10	4,7	4,7	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

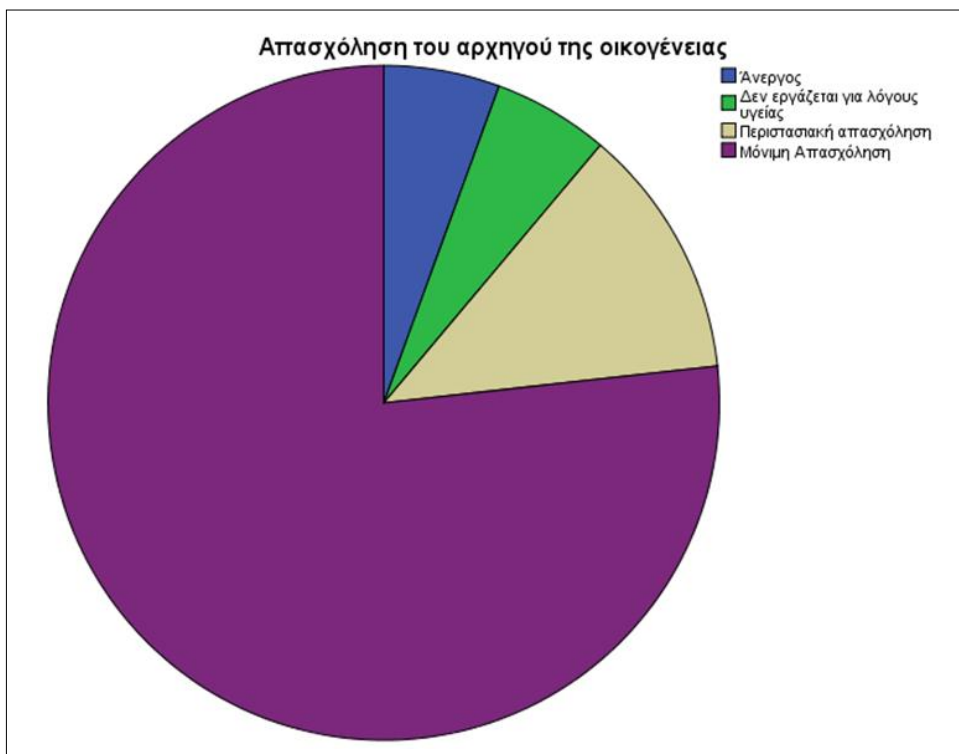


Γράφημα 5. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία γάμου της μητέρας.

Αναφορικά με την απασχόλησή του αρχηγού της οικογένειας (Ερώτηση 6), το μεγαλύτερο ποσοστό εργάζεται με μόνιμη απασχόληση σε ποσοστό 76,6%. Έπονται όσοι εργάζονται περιστασιακά, ποσοστό 12,1%.

Πίνακας 6. Κατανομή σύμφωνα με την απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας.

Απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άνεργος	12	5,6	5,6	5,6
Δεν εργάζεται για λόγους υγείας	12	5,6	5,6	11,2
Περιστασιακή απασχόληση	26	12,1	12,1	23,3
Μόνιμη απασχόληση	165	76,7	76,7	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

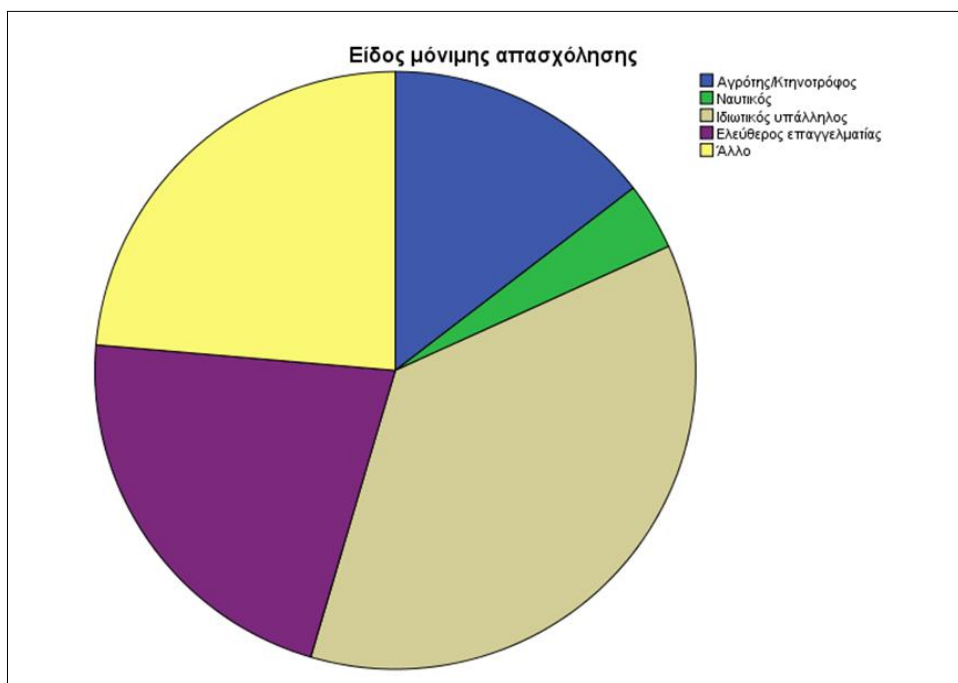


Γράφημα 6. Κατανομή σύμφωνα με την απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας.

Αναφορικά με την ύπαρξη ή μη της μόνιμης απασχόλησης (Ερώτηση 6α), οι συμμετέχοντες που δήλωσαν πως απασχολούνται μόνιμα, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (27,9%).

Πίνακας 7. Κατανομή σύμφωνα με τη μόνιμη απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας.

Μόνιμη απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγρότης/Κτηνοτρόφος	24	11,2	14,5	14,5
Ναυτικός	6	2,8	3,6	18,2
Ιδιωτικός υπάλληλος	60	27,9	36,4	54,5
Ελεύθερος επαγγελματίας	36	16,7	21,8	76,4
Άλλο	39	18,1	23,6	100,0
Σύνολο	165	76,7	100,0	
Missing System	50	23,3		
Γενικό Σύνολο	215	100,0		

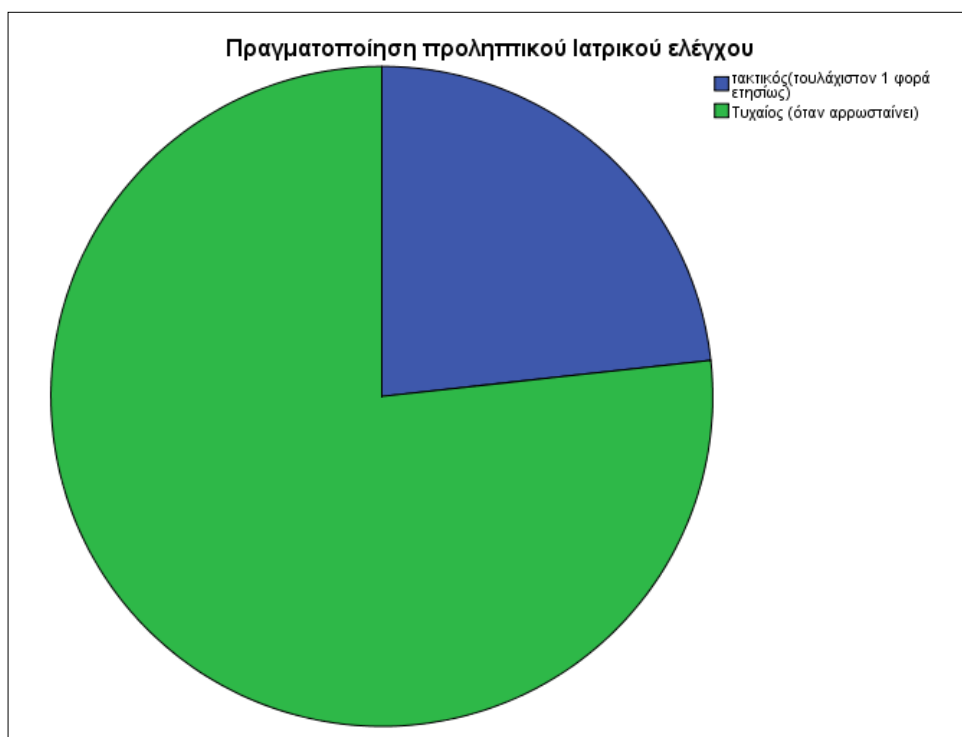


Γράφημα 7. Κατανομή σύμφωνα με τη μόνιμη απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας.

Σχετικά με την πραγματοποίηση προληπτικού ιατρικού ελέγχου (Ερώτηση 7), η συντριπτική πλειοψηφία, το 76,6% δήλωσε πως κάνει τυχαία ιατρικό έλεγχο, μόνο όταν αρρωσταίνει. Ενώ μόνο το 23,3% των συμμετεχόντων κάνει τακτικό προληπτικό έλεγχο.

Πίνακας 8. Κατανομή σύμφωνα με την πραγματοποίηση προληπτικού ιατρικού ελέγχου.

Πραγματοποίηση προληπτικού ιατρικού ελέγχου	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Τακτικός (τουλάχιστον 1 φορά ετησίως)	50	23,3	23,3	23,3
Τυχαίος (όταν αρρωσταίνει)	165	76,7	76,7	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

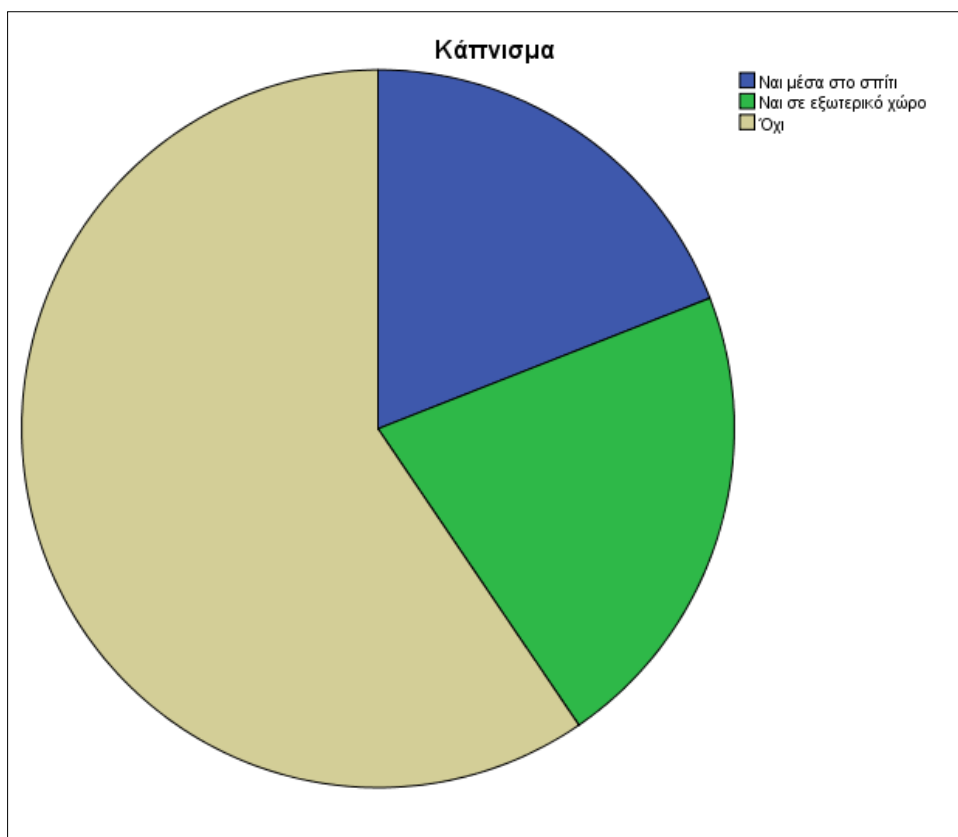


Γράφημα 8. Κατανομή σύμφωνα με την πραγματοποίηση προληπτικού ιατρικού ελέγχου.

Αναφορικά με τους χώρους που καπνίζουν (Ερώτηση 8α), οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως το 19,1% καπνίζει μέσα στο σπίτι ενώ το 21,4% καπνίζει σε εξωτερικό χώρο.

Πίνακας 9. Κατανομή σύμφωνα με την βλαπτική συνήθεια: Κάπνισμα.

Κάπνισμα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι μέσα στο σπίτι	41	19,1	19,1	19,1
Ναι σε εξωτερικό χώρο	46	21,4	21,4	40,5
Όχι	128	59,5	59,5	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	



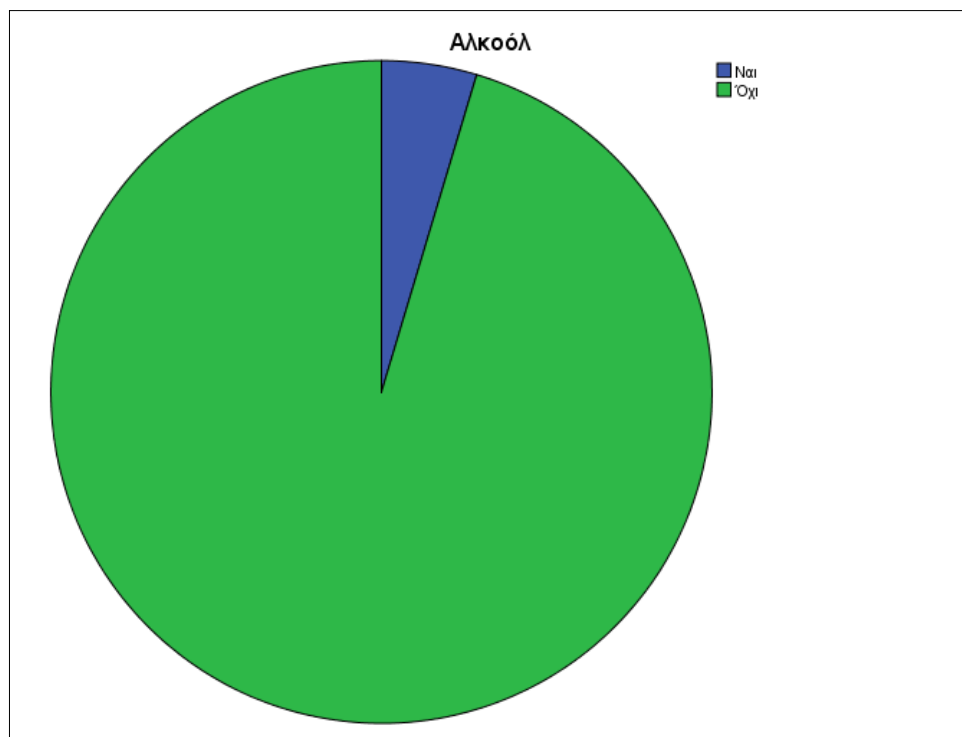
Γράφημα 9. Κατανομή σύμφωνα με την βλαπτική συνήθεια: Κάπνισμα



Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοολ, (Ερώτηση 8β), η συντριπτική πλειοψηφία των 95,3% δήλωσε πως δεν καταναλώνει αλκοόλ.

Πίνακας 10. Κατανομή σύμφωνα με την βλαπτική συνήθεια: Αλκοόλ.

Αλκοόλ	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	10	4,7	4,7	4,7
Όχι	205	95,3	95,3	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

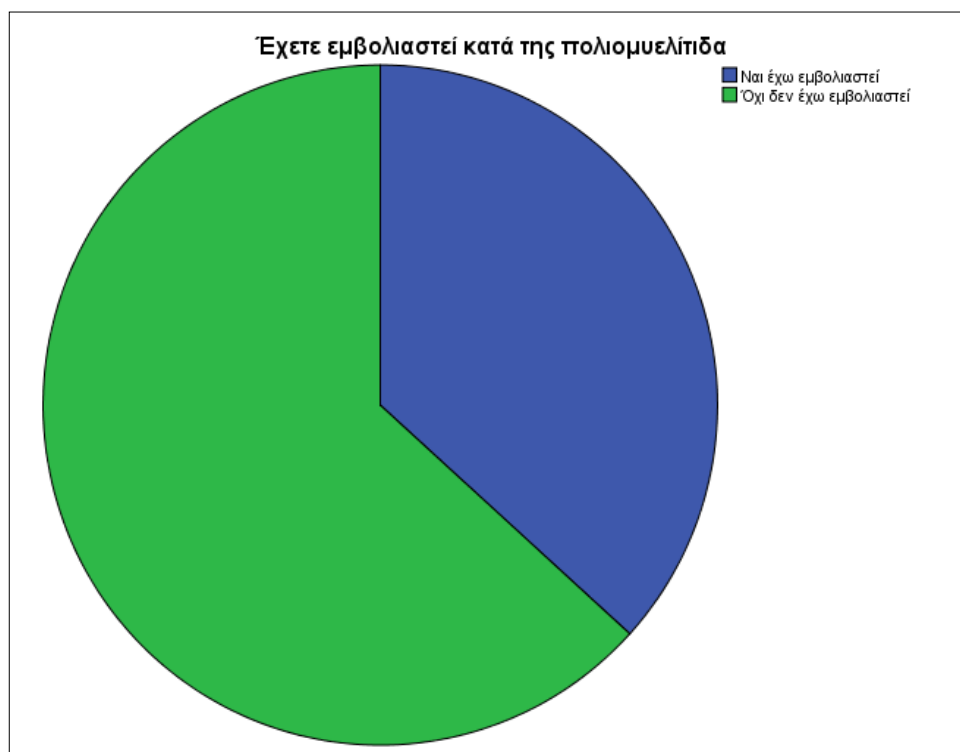


Γράφημα 10. Κατανομή σύμφωνα με την βλαπτική συνήθεια: Αλκοόλ.

Στην ερώτηση εάν έχουν εμβολιασθεί κατά της πολιομυελίτιδας (Ερώτηση 9), η μεγάλη πλειοψηφία (63,3%) δεν διαθέτε σχετικό αποδεκτικό έγγραφο εμβολιασμού και θεωρήθηκε μη εμβολιασμένο.

Πίνακας 11. Κατανομή σύμφωνα με τον εμβολιασμό κατά της πολιομυελίτιδας.

Εμβολιασμός κατά της πολιομυελίτιδας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι έχω εμβολιασθεί	79	36,7	36,7	36,7
Όχι δεν έχω εμβολιασθεί	136	63,3	63,3	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

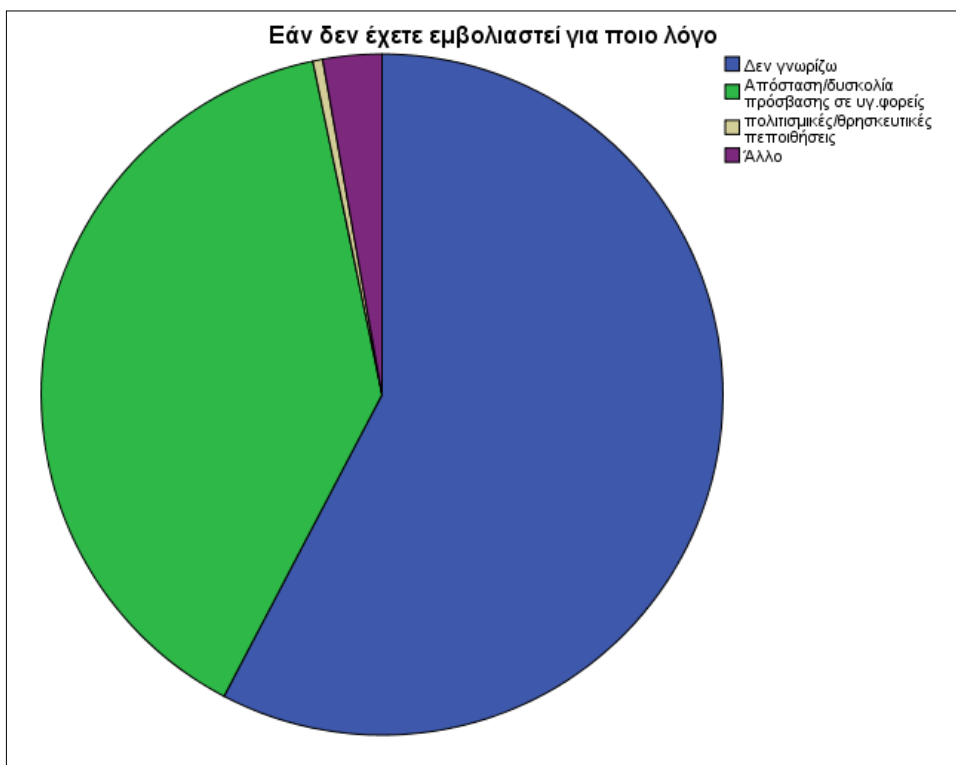


Γράφημα 11. Κατανομή σύμφωνα με τον εμβολιασμό κατά της πολιομυελίτιδας.

Αναφορικά με τους λόγους μη εμβολιασμού (Ερώτηση 9α), οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τον λόγο μη εμβολιασμού 57,7% ενώ το 39,1% δήλωσαν απόσταση /δυσκολία πρόσβασης σε φορείς υγείας.

Πίνακας 12. Κατανομή σύμφωνα με τους λόγους μη εμβολιασμού.

Λόγος μη εμβολιασμού	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν γνωρίζω	124	57,7	57,7	57,7
Απόσταση/δυσκολία πρόσβασης σε υγειονομικούς φορείς	84	39,1	39,1	96,7
Πολιτισμικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις	1	,5	,5	97,2
Άλλο	6	2,8	2,8	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

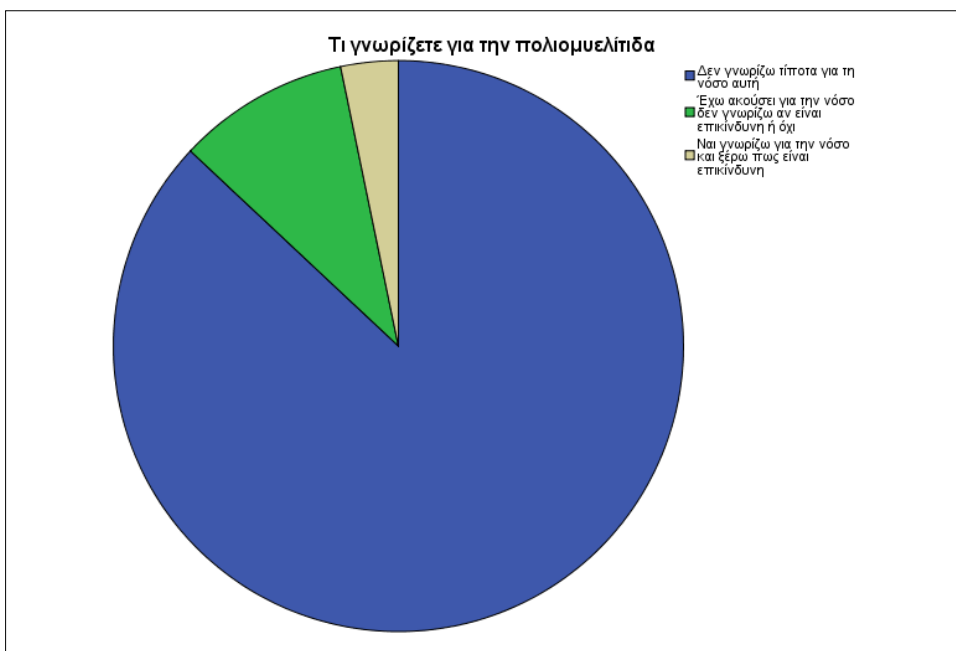


Γράφημα 12. Κατανομή σύμφωνα με τους λόγους μη εμβολιασμού.

Σχετικά με τις γνώσεις για την πολιομυελίτιδα (Ερώτηση 10), η συντριπτική πλειοψηφία 87% δεν γνωρίζει τίποτα για την νόσο.

Πίνακας 13. Κατανομή σύμφωνα με τη γνώση της νόσου της πολιομυελίτιδας.

Επίπεδο γνώσεων για την πολιομυελίτιδα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν γνωρίζω τίποτα για τη νόσο αυτή	187	87,0	87,0	87,0
Έχω ακούσει για την νόσο, δεν γνωρίζω αν είναι επικίνδυνη ή όχι	21	9,8	9,8	96,7
Ναι γνωρίζω για την νόσο και ξέρω πως είναι επικίνδυνη	7	3,3	3,3	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	



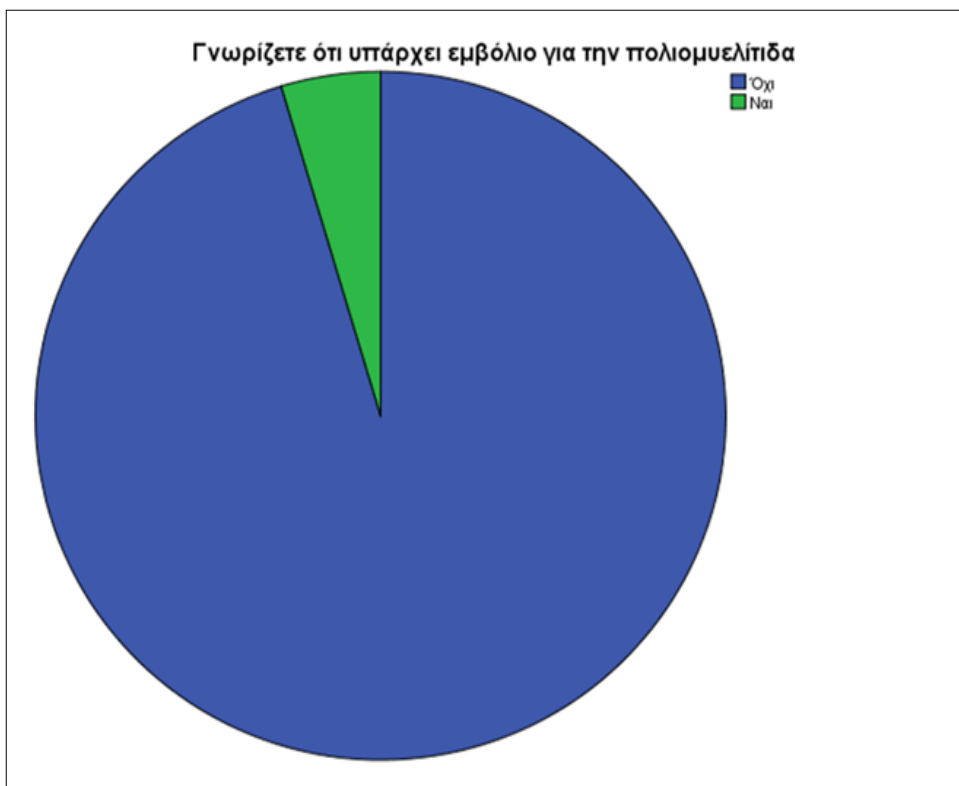
Γράφημα 13. Κατανομή σύμφωνα με τη γνώση της νόσου της πολιομυελίτιδας.

Στην ερώτηση 11, για το εάν θυμούνται κάποιο άτομο στο οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον που μετά από νόσηση σε παιδική ηλικία έχει καταστεί σωματικά ανάπηρο, το σύνολο του δείγματος απάντησε αρνητικά.

Στην Ερώτηση 12 «Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας;» διαπιστώθηκε πως η απόλυτη πλειοψηφία δεν γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου 95,3%.

*Πίνακας 14.* Κατανομή σύμφωνα με τη γνώση ύπαρξης εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Γνώση ύπαρξης εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Όχι	205	95,3	95,3	95,3
Ναι	10	4,7	4,7	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	

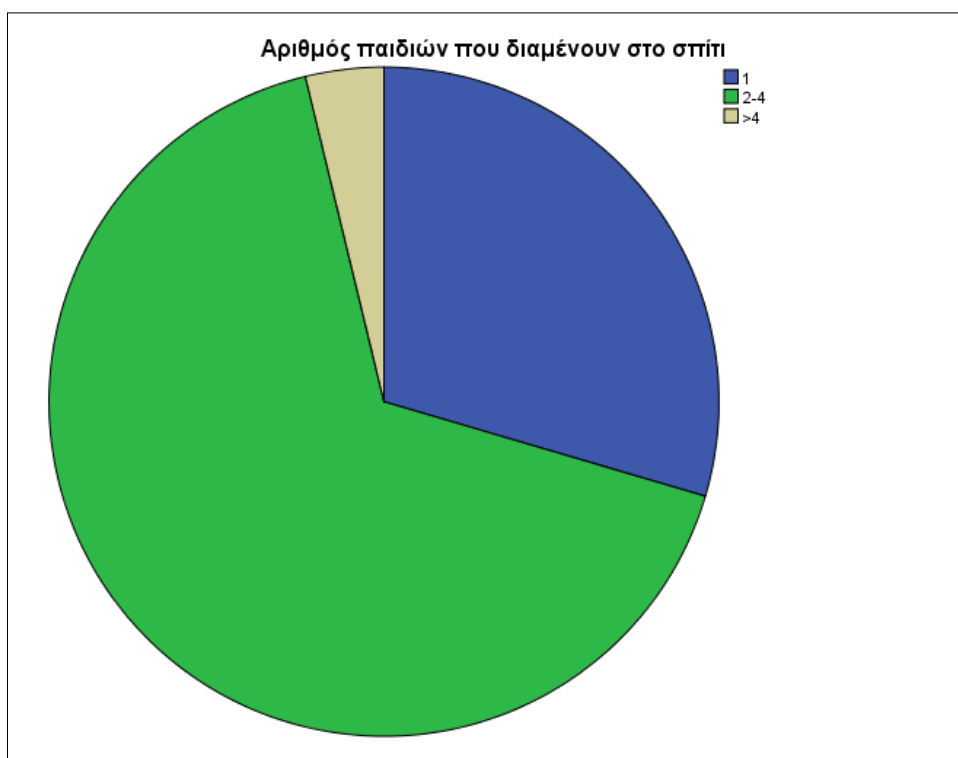


*Γράφημα 14.* Κατανομή σύμφωνα με τη γνώση εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Στην ερώτηση 13 αναφορικά με τον αριθμό παιδιών που διαμένουν στο σπίτι, όσοι απάντησαν πως έχουν παιδιά στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δηλώνουν πως αυτά ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 2-4 ετών 49,3% ενώ ένα παιδί έχει το 21,9%.

Πίνακας 15. Κατανομή σύμφωνα με τον αριθμό παιδιών που διαμένουν στο σπίτι.

Αριθμός παιδιών που διαμένουν στο σπίτι	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	47	21,9	29,6	29,6
2-4	106	49,3	66,7	96,2
>4	6	2,8	3,8	100,0
Σύνολο	159	74,0	100,0	
Missing System	56	26,0		
Γενικό Σύνολο	215	100,0		

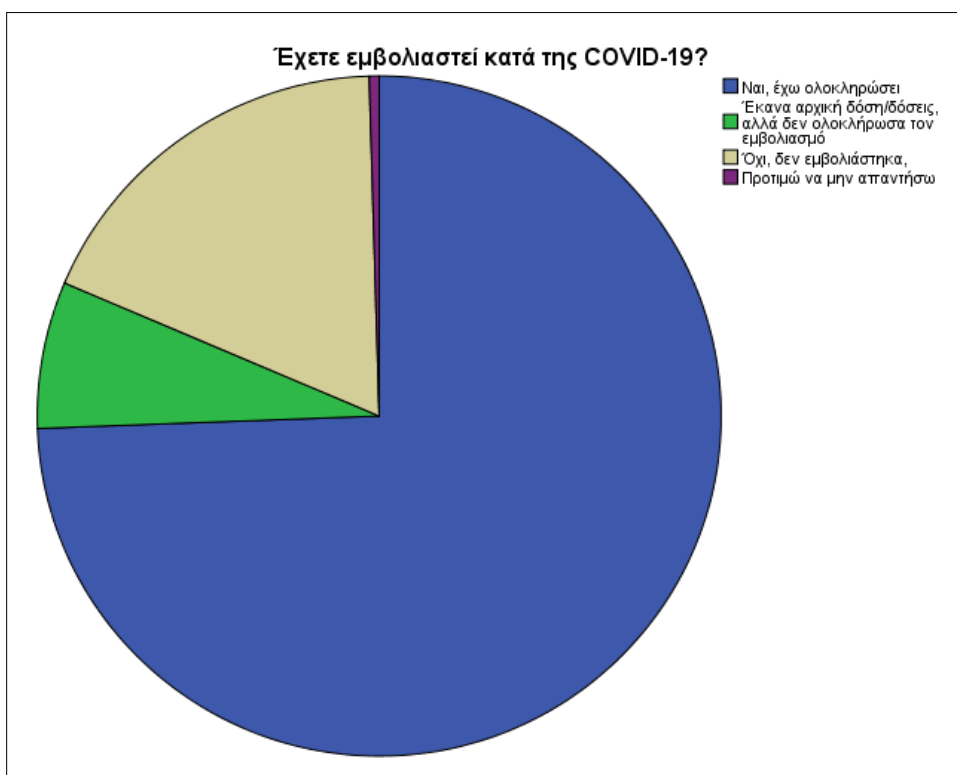


Γράφημα 15. Κατανομή σύμφωνα με τον αριθμό παιδιών που διαμένουν στο σπίτι.

Στην Ερώτηση 14 αναφορικά με την πραγματοποίηση εμβολιασμού κατά της COVID-19, το μεγαλύτερο ποσοστό 74,4% έχει ολοκληρώσει τον εμβολιασμό ενώ το 18,1% δεν έχει εμβολιασθεί.

Πίνακας 16. Κατανομή σύμφωνα με τον εμβολιασμός κατά της COVID-19.

Εμβολιασμός για COVID-19	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι, έχω ολοκληρώσει	160	74,4	74,4	74,4
Έκανα αρχική δόση/δόσεις, αλλά δεν ολοκλήρωσα τον εμβολιασμό	15	7,0	7,0	81,4
Όχι, δεν εμβολιάστηκα	39	18,1	18,1	99,5
Προτιμώ να μην απαντήσω	1	,5	,5	100,0
Σύνολο	215	100,0	100,0	



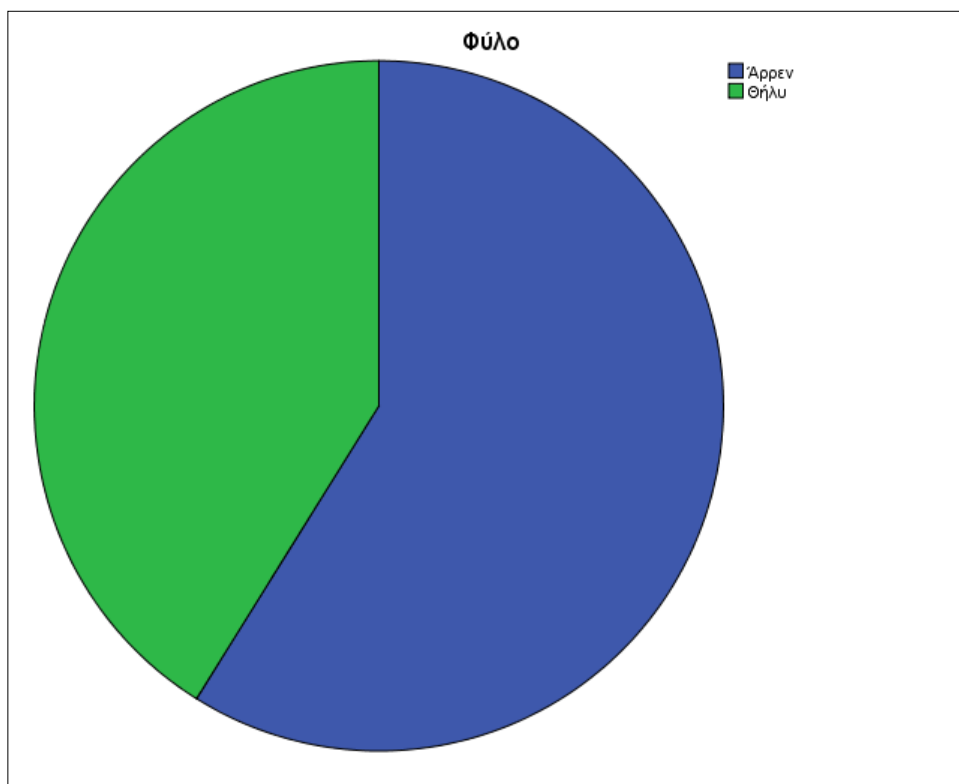
Γράφημα 16. Κατανομή σύμφωνα με τον εμβολιασμός κατά της COVID-19.

## ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΡΟΜΑ

Όσον αφορά το φύλο παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων που συμμετείχαν στην έρευνα προέκυψε πως το 53,8% είναι άρρενες ενώ το 37,6% είναι θήλεα.

Πίνακας 17. Κατανομή ανά φύλο παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά.

Φύλο	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άρρεν	63	53,8	58,9	58,9
Θήλυ	44	37,6	41,1	100,0
Σύνολο	107	91,5	100,0	
Missing System	10	8,5		
Γενικό Σύνολο	117	100,0		



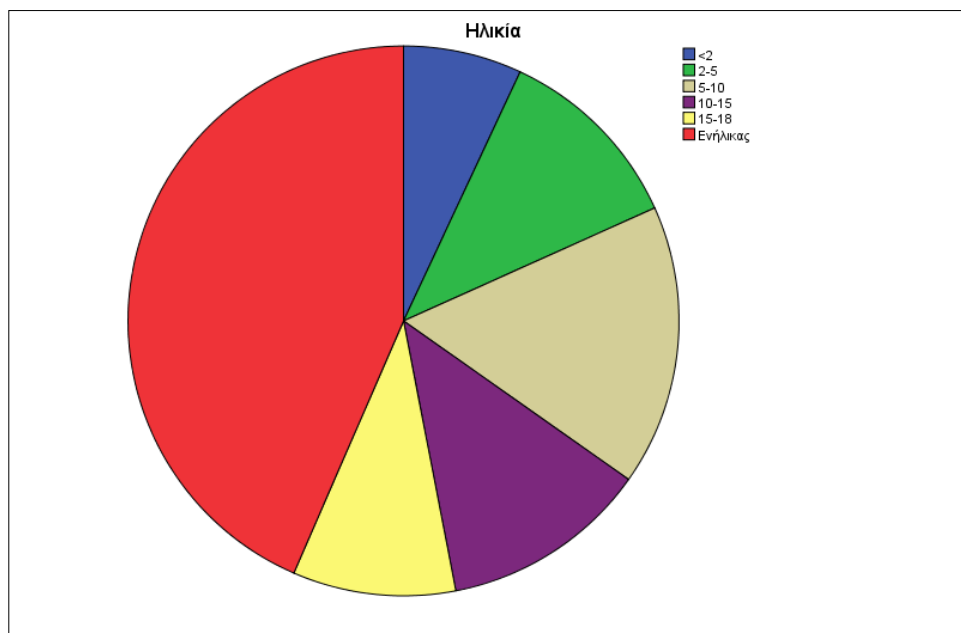
Γράφημα 17. Κατανομή ανά φύλο παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά.



Στο μεγαλύτερο τους ποσοστό οι συμμετέχοντες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 5 έως 10 ετών σε ποσοστό 16,2% ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στους ενήλικες με ποσοστό 42,7%, έπονται οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, με αυτήν των κάτω των 2 ετών να καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό 6,8%.

Πίνακας 18. Κατανομή ανά ηλικία παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά.

Ηλικία	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<2	8	6,8	7,0	7,0
2-5	13	11,1	11,3	18,3
5-10	19	16,2	16,5	34,8
10-15	14	12,0	12,2	47,0
15-18	11	9,4	9,6	56,5
Ενήλικας	50	42,7	43,5	100,0
Σύνολο	115	98,3	100,0	
Missing System	2	1,7		
Γενικό Σύνολο	117	100,0		

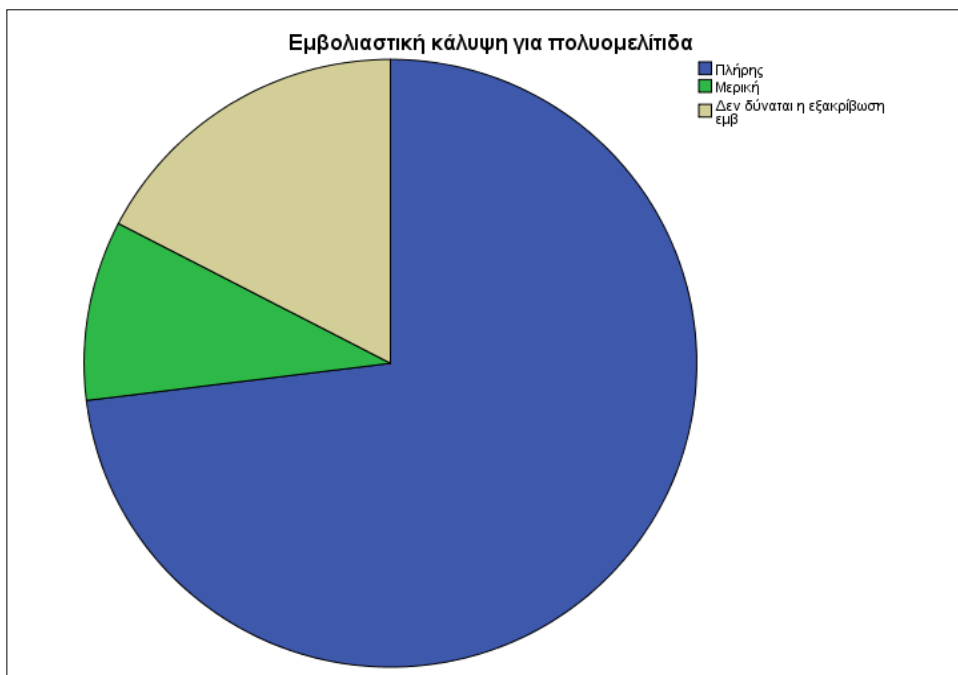


Γράφημα 18. Κατανομή ανά ηλικία παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά.

Αναφορικά με την εμβολιαστική κάλυψη φαίνεται πως σε ποσοστό 71,8% όσων συμμετείχαν στην έρευνα ήταν πλήρως εμβολιασμένοι, ενώ το 9,4% είχε μερική εμβολιαστική κάλυψη. Για ένα ποσοστό 17,1% δεν δύναται να εξακριβωθεί εάν είχε πραγματοποιηθεί εμβολιασμός.

Πίνακας 19. Κατανομή σύμφωνα με την εμβολιαστική κάλυψη παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά.

Εμβολιαστική κάλυψη	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πλήρης	84	71,8	73,0	73,0
Μερική	11	9,4	9,6	82,6
Δεν δύναται η εξακρίβωση εμβολιασμού	20	17,1	17,4	100,0
Σύνολο	115	98,3	100,0	
Missing System	2	1,7		
Γενικό Σύνολο	117	100,0		



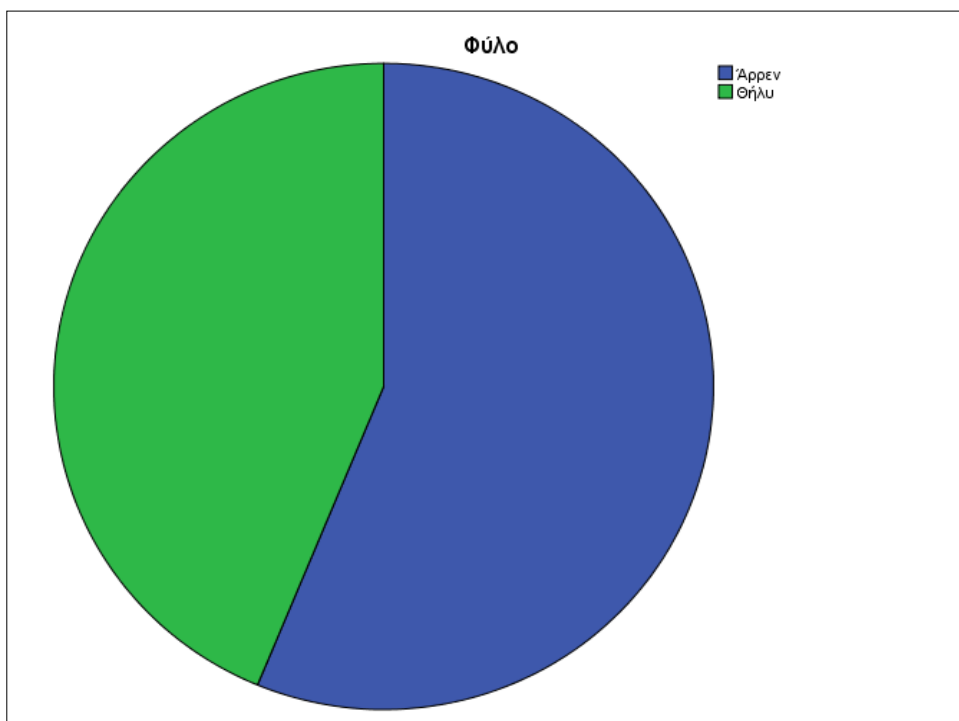
Γράφημα 19. Κατανομή σύμφωνα με την εμβολιαστική κάλυψη παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Ρομά.

## ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΠΟΜΑΚΟΙ

Αναφορικά με το φύλο των οι άρρενες που συμμετείχαν στην έρευνα είναι σε ποσοστό 56,3% ενώ τα θήλεα είναι το 43,8%

Πίνακας 20. Κατανομή ανά φύλο παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Πομάκων.

Φύλο	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άρρεν	54	56,3	56,3	56,3
Θήλυ	42	43,8	43,8	100,0
Σύνολο	96	100,0	100,0	

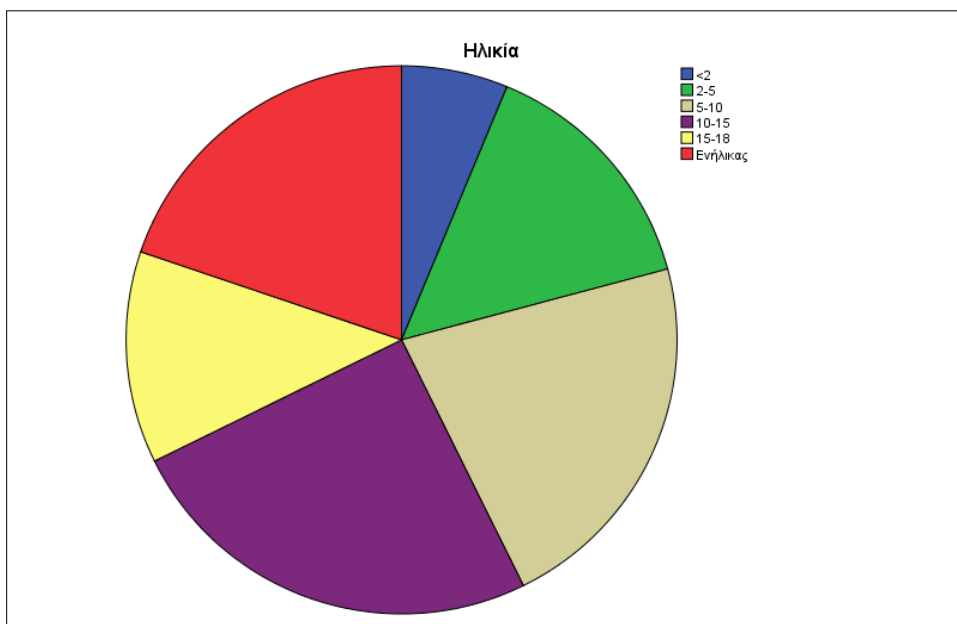


Γράφημα 20. Κατανομή ανά φύλο παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Πομάκων.

Τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τα δεδομένα της έρευνας σχετικά με την ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα παρακάτω. Η επικρατέστερη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή των 10-15 ετών σε ποσοστό 25% ενώ ακολουθεί η ομάδα 5-10 ετών με ποσοστό 21,9% και οι αναδυόμενοι ενήλικες με ποσοστό 19,8%. Έπονται οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες με αυτήν των 2-5 ετών σε ποσοστό 14,6%, η ομάδα 15-18 ετών με ποσοστό 12,5% και τέλος η ηλικιακή ομάδα μικρότερη των δύο ετών με ποσοστό 6,3%

Πίνακας 21. Κατανομή ανά ηλικία παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Πομάκων.

Ηλικία	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<2	6	6,3	6,3	6,3
2-5	14	14,6	14,6	20,8
5-10	21	21,9	21,9	42,7
10-15	24	25,0	25,0	67,7
15-18	12	12,5	12,5	80,2
Ενήλικας	19	19,8	19,8	100,0
Σύνολο	96	100,0	100,0	



Γράφημα 21. Κατανομή ανά ηλικία παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Πομάκων.

Από τις απαντήσεις διαφαίνεται πως η εμβολιαστική κάλυψη είναι μεγάλη σε ποσοστό 96,9% ενώ δεν δύναται να γίνει η εξακρίβωση για τον εμβολιασμό για ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξεως του 3,1%.

*Πίνακας 22.* Κατανομή σύμφωνα με την εμβολιαστική κάλυψη παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων Πομάκων.

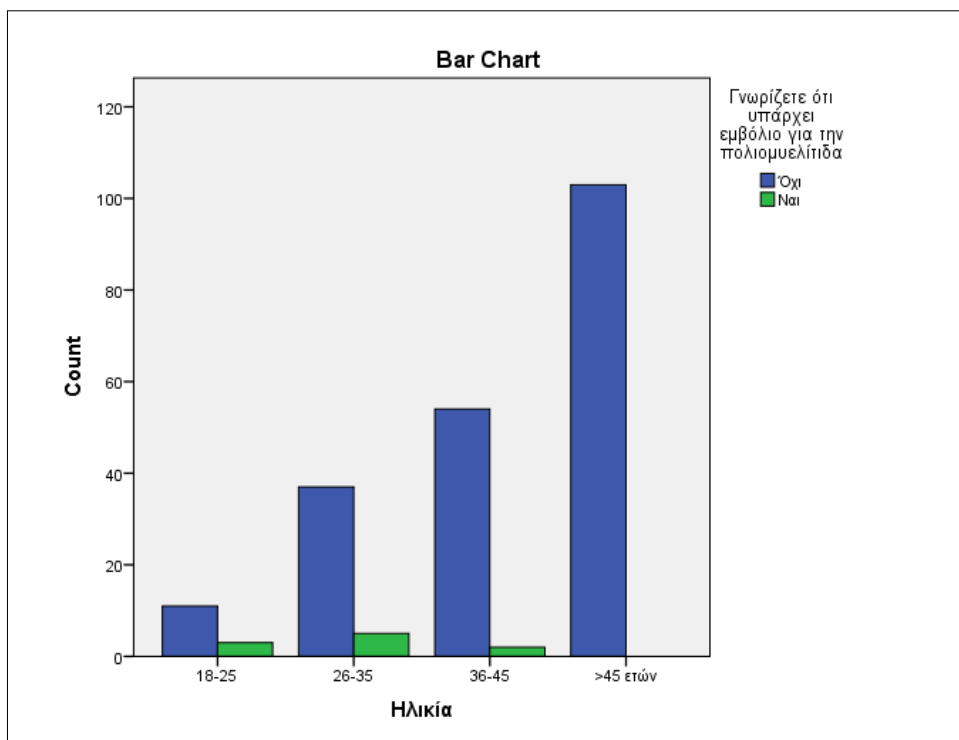
Εμβολιαστική κάλυψη	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πλήρης	93	96,9	96,9	96,9
Δεν δύναται η εξακρίβωση εμβολιασμού	3	3,1	3,1	100,0
Σύνολο	96	100,0	100,0	

#### ΣΥΔΥΑΣΜΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

*Ερωτήσεις 2 και 12:* Ηλικία \* Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;

*Πίνακας 23.* Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία και τη γνώση για ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

			Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Ηλικία	18-25	Count	11	3	14
		% of Total	5,1%	1,4%	6,5%
	26-35	Count	37	5	42
		% of Total	17,2%	2,3%	19,5%
	36-45	Count	54	2	56
		% of Total	25,1%	0,9%	26,0%
	>45 ετών	Count	103	0	103
		% of Total	47,9%	0,0%	47,9%
Σύνολο		Count	205	10	215
		% of Total	95,3%	4,7%	100,0%

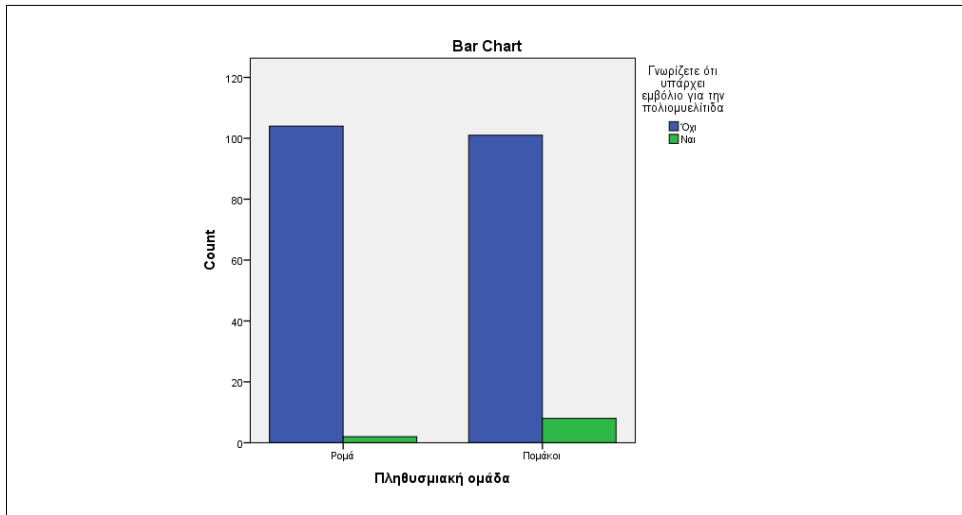


Γράφημα 22. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία και τη γνώση για ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Ερωτήσεις 3 και 12: Πληθυσμιακή ομάδα \* Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 24. Κατανομή σύμφωνα με την πληθυσμιακή ομάδα και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

			Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Πληθυσμιακή ομάδα	Ρομά	Count	104	2	106
		% of Total	48,4%	0,9%	49,3%
	Πομάκοι	Count	101	8	109
		% of Total	47,0%	3,7%	50,7%
Σύνολο		Count	205	10	215
		% of Total	95,3%	4,7%	100,0%

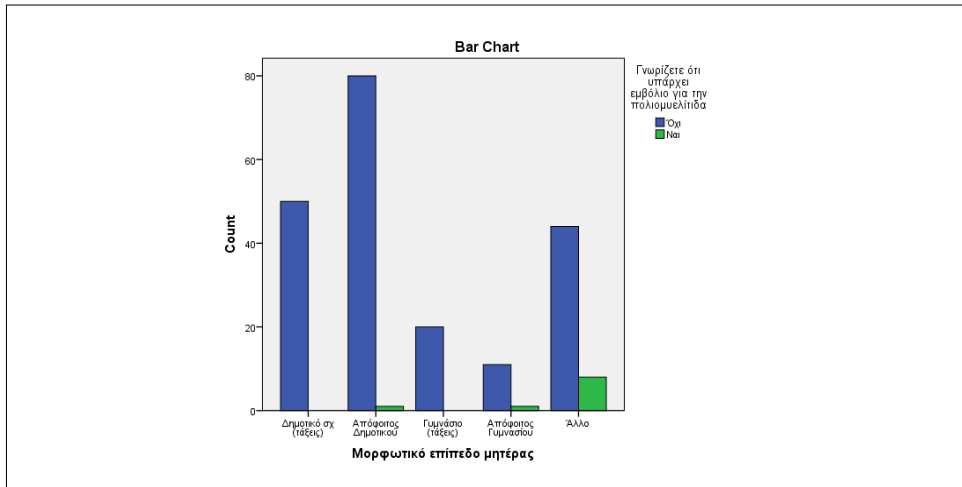


Γράφημα 23. Κατανομή σύμφωνα με την πληθυσμιακή ομάδα και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Ερωτήσεις 4 και 12: Μορφωτικό επίπεδο μητέρας \* Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 25. Κατανομή σύμφωνα με μορφωτικό επίπεδο μητέρας και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

			Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό (τάξεις)	Count	50	0	50
		% of Total	23,3%	0,0%	23,3%
	Απόφοιτος Δημοτικού	Count	80	1	81
		% of Total	37,2%	0,5%	37,7%
	Γυμνάσιο (τάξεις)	Count	20	0	20
		% of Total	9,3%	0,0%	9,3%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	Count	11	1	12
		% of Total	5,1%	0,5%	5,6%
	Άλλο	Count	44	8	52
		% of Total	20,5%	3,7%	24,2%
	Σύνολο	Count	205	10	215
		% of Total	95,3%	4,7%	100,0%



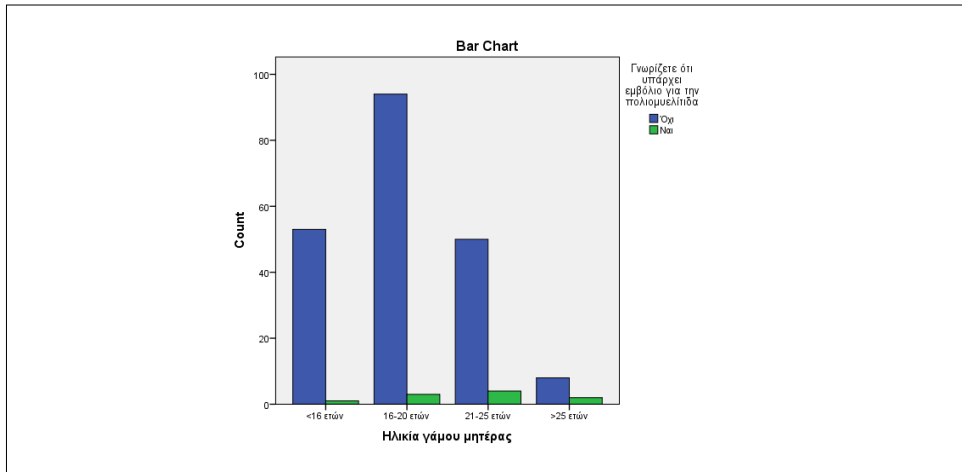
Γράφημα 24. Κατανομή σύμφωνα με μορφωτικό επίπεδο μητέρας και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Ερωτήσεις 5 και 12: Ηλικία γάμου μητέρας \* Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 26. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία γάμου της μητέρας και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

			Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό (τάξεις)	Count	50	0	50
		% of Total	23,3%	0,0%	23,3%
	Απόφοιτος Δημοτικού	Count	80	1	81
		% of Total	37,2%	0,5%	37,7%
	Γυμνάσιο (τάξεις)	Count	20	0	20
	% of Total	9,3%	0,0%	9,3%	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	Count	11	1	12
		% of Total	5,1%	0,5%	5,6%
	Άλλο	Count	44	8	52
		% of Total	20,5%	3,7%	24,2%
Σύνολο		Count	205	10	215
		% of Total	95,3%	4,7%	100,0%



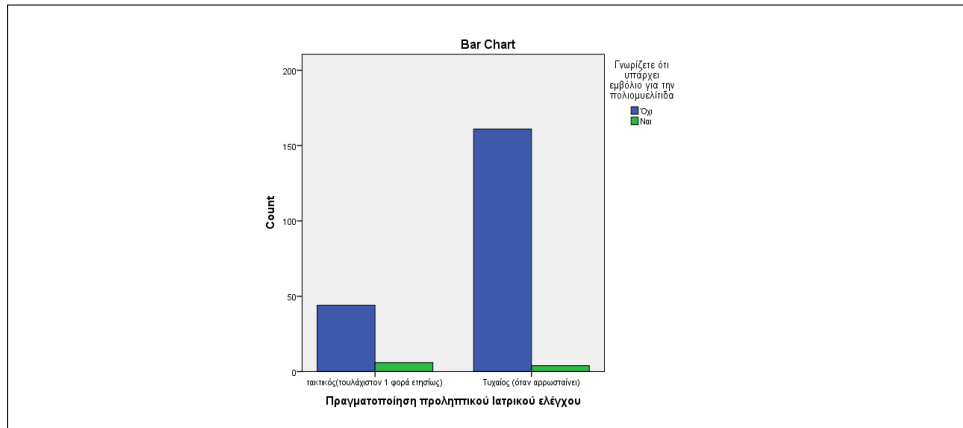


Γράφημα 25. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία γάμου της μητέρας και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Ερωτήσεις 7 και 12: Πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου \* Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 27. Κατανομή σύμφωνα με την πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

			Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό (τάξεις)	Count	50	0	50
		% of Total	23,3%	0,0%	23,3%
	Απόφοιτος Δημοτικού	Count	80	1	81
		% of Total	37,2%	0,5%	37,7%
	Γυμνάσιο (τάξεις)	Count	20	0	20
		% of Total	9,3%	0,0%	9,3%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	Count	11	1	12
		% of Total	5,1%	0,5%	5,6%
	Άλλο	Count	44	8	52
		% of Total	20,5%	3,7%	24,2%
	Σύνολο	Count	205	10	215
		% of Total	95,3%	4,7%	100,0%

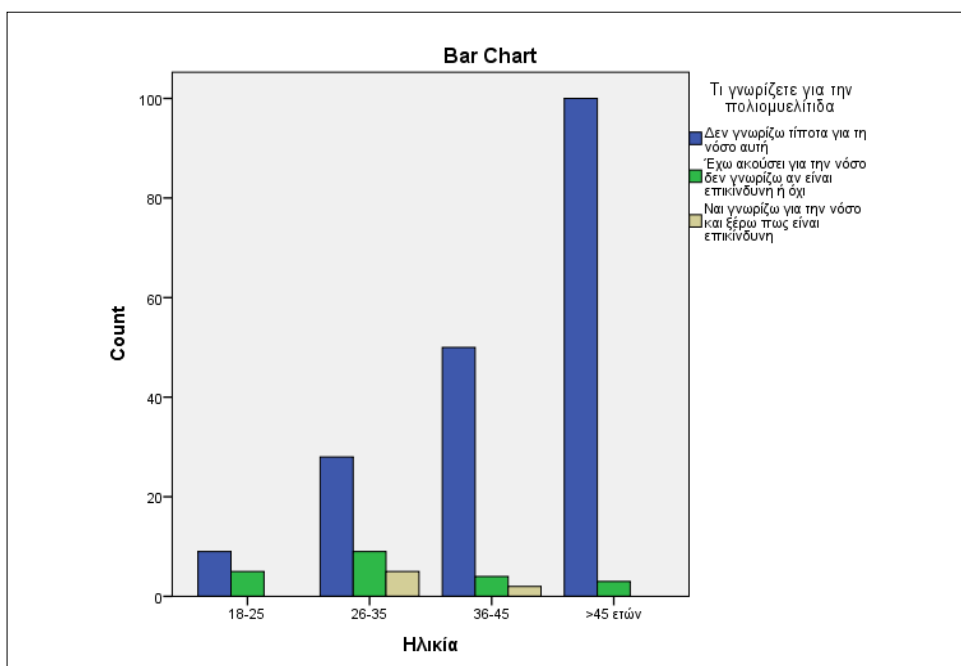


Γράφημα 26. Κατανομή σύμφωνα με την πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου και αν γνωρίζει ο συμμετέχων στην έρευνα την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας

Ερωτήσεις 2 και 10: Ηλικία \* Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 28. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

		Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;			Σύνολο
		Δεν γνωρίζω τίποτα για τη νόσο αυτή	Έχω ακούσει για την νόσο, δεν γνωρίζω αν είναι επικίνδυνη ή όχι	Ναι γνωρίζω για την νόσο και ξέρω πως είναι επικίνδυνη	
Ηλικία 18-25	Count	9	5	0	14
	% of Total	4,2%	2,3%	0,0%	6,5%
26-35	Count	28	9	5	42
	% of Total	13,0%	4,2%	2,3%	19,5%
36-45	Count	50	4	2	56
	% of Total	23,3%	1,9%	0,9%	26,0%
>45 ετών	Count	100	3	0	103
	% of Total	46,5%	1,4%	0,0%	47,9%
Σύνολο	Count	187	21	7	215
	% of Total	87,0%	9,8%	3,3%	100,0 %

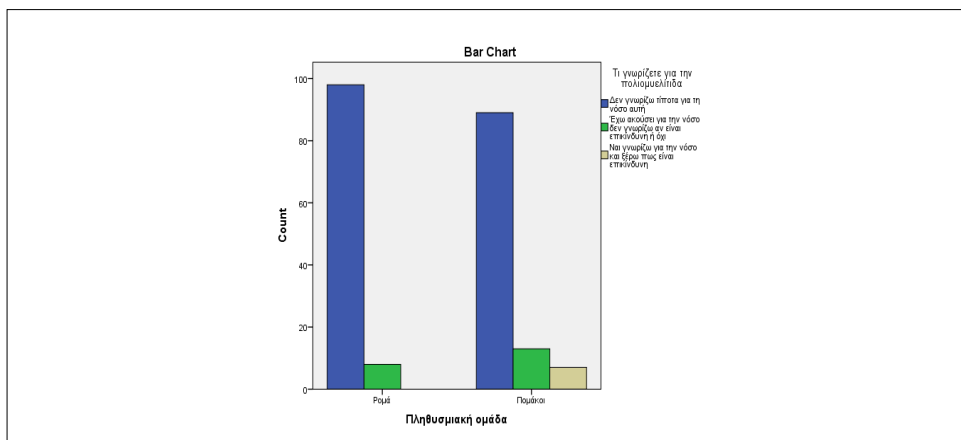


Γράφημα 27. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

Ερωτήσεις 3 και 10: Πληθυσμιακή ομάδα \* Τι γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 29. Κατανομή σύμφωνα με την πληθυσμιακή ομάδα και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

		Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;			Σύνολο
		Δεν γνωρίζω τίποτα για τη νόσο αυτή	Έχω ακούσει για τη νόσο, δεν γνωρίζω αν είναι επικίνδυνη ή όχι	Ναι γνωρίζω για την νόσο και ξέρω πως είναι επικίνδυνη	
Πληθυσμιακή ομάδα	Ρομά	Count 98	8	0	106
		% of Total 45,6%	3,7%	0,0%	49,3%
Πομάκοι	Count 89	13	7	109	
	% of Total 41,4%	6,0%	3,3%	50,7%	
Σύνολο		Count 187	21	7	215
		% of Total 87,0%	9,8%	3,3%	100,0%

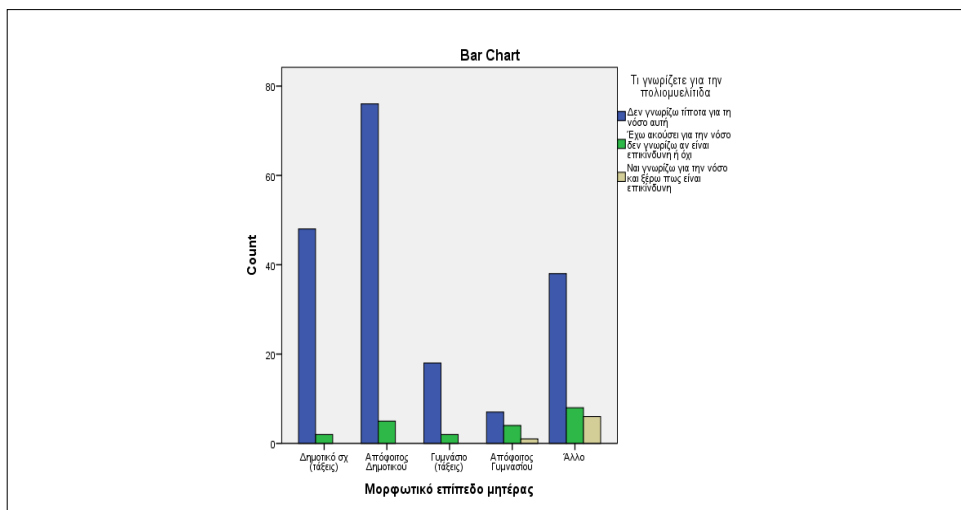


Γράφημα 28. Κατανομή σύμφωνα με την πληθυσμιακή ομάδα και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

Ερωτήσεις 4 και 10: Μορφωτικό επίπεδο μητέρας \* Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 30. Κατανομή σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

		Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;			Σύνολο
		Δεν γνωρίζω τίποτα για τη νόσο αυτή	Έχω ακούσει για την νόσο, δεν γνωρίζω αν είναι επικίνδυνη ή όχι	Ναι γνωρίζω για την νόσο και ξέρω πως είναι επικίνδυνη	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό (τάξεις)	Count 48	2	0	50
		% of Total 22,3%	0,9%	0,0%	23,3%
	Απόφοιτος Δημοτικού	Count 76	5	0	81
		% of Total 35,3%	2,3%	0,0%	37,7%
	Γυμνάσιο (τάξεις)	Count 18	2	0	20
		% of Total 8,4%	0,9%	0,0%	9,3%
Απόφοιτος Γυμνασίου	Count 7	4	1	12	
	% of Total 3,3%	1,9%	0,5%	5,6%	
Άλλο	Count 38	8	6	52	
	% of Total 17,7%	3,7%	2,8%	24,2%	
Σύνολο		Count 187	21	7	215
		% of Total 87,0%	9,8%	3,3%	100,0 %

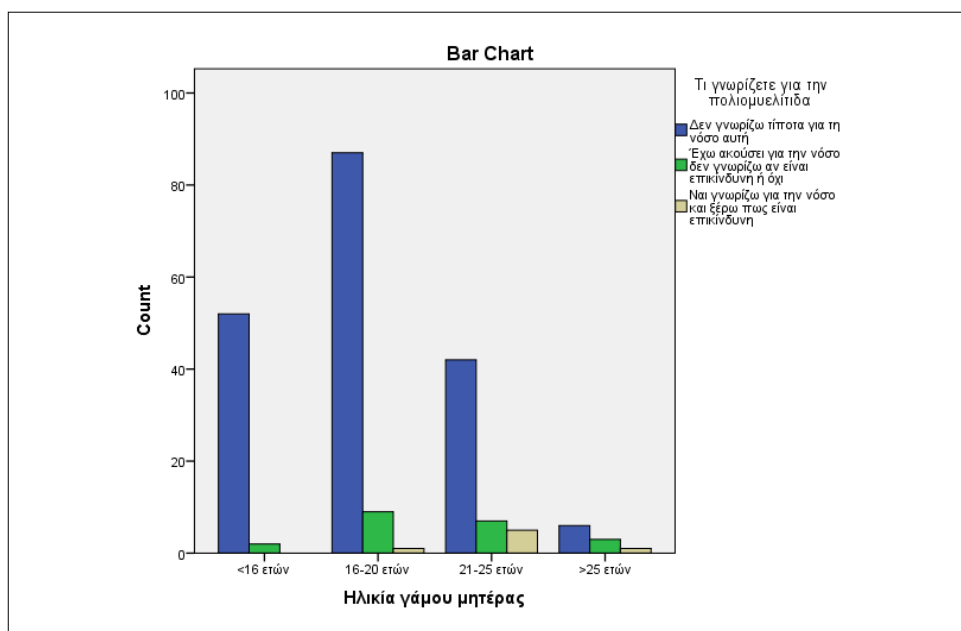


Γράφημα 29. Κατανομή σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

Ερωτήσεις 5 και 10: Ηλικία γάμου μητέρας \* Τι γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 31. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία γάμου της μητέρας και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

			Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;			Σύνολο
			Δεν γνωρίζω τίποτα για τη νόσο αυτή	Έχω ακούσει για την νόσο, δεν γνωρίζω αν είναι επικίνδυνη ή όχι	Ναι γνωρίζω για την νόσο και ξέρω πως είναι επικίνδυνη	
Ηλικία γάμου μητέρας	<16 ετών	Count	52	2	0	54
		% of Total	24,2%	0,9%	0,0%	25,1%
	16-20 ετών	Count	87	9	1	97
		% of Total	40,5%	4,2%	0,5%	45,1%
	21-25 ετών	Count	42	7	5	54
		% of Total	19,5%	3,3%	2,3%	25,1%
	>25 ετών	Count	6	3	1	10
		% of Total	2,8%	1,4%	0,5%	4,7%
Σύνολο		Count	187	21	7	215
		% of Total	87,0%	9,8%	3,3%	100,0%

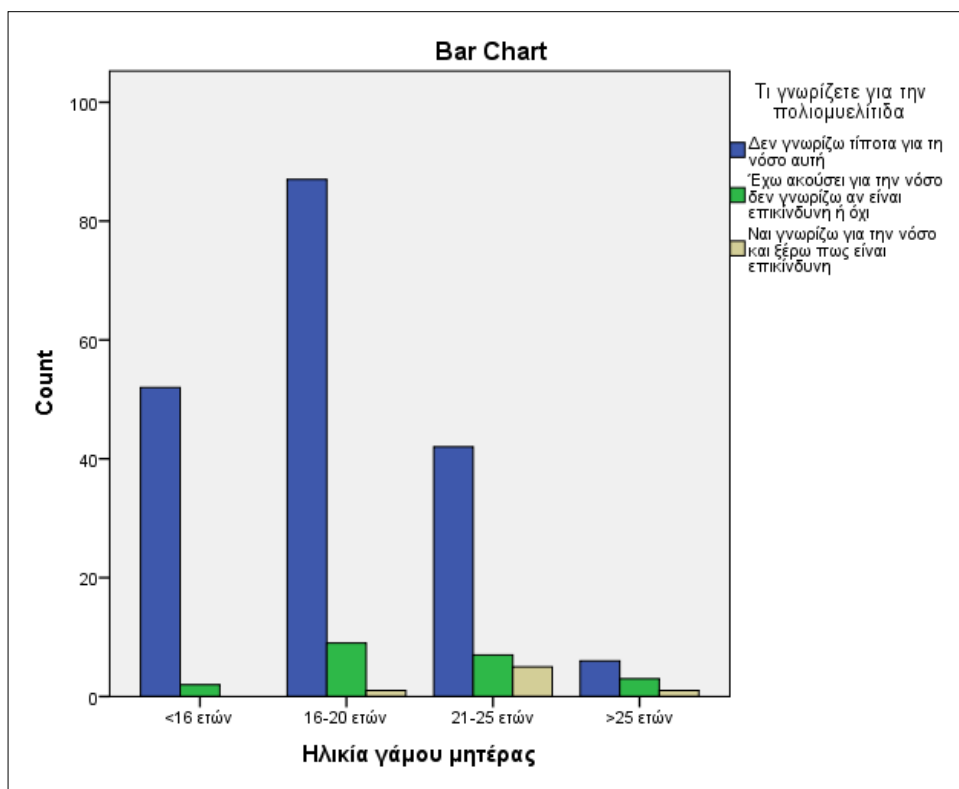


Γράφημα 30. Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία γάμου της μητέρας και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

Ερωτήσεις 7 και 10: Πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου \* Τι γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;

Πίνακας 32. Κατανομή σύμφωνα με πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

			Τί γνωρίζετε για την πολιομυελίτιδα;			Σύνολο
			Δεν γνωρίζω τίποτα για τη νόσο αυτή	Έχω ακούσει για την νόσο, δεν γνωρίζω αν είναι επικίνδυνη ή όχι	Ναι γνωρίζω για την νόσο και ξέρω πως είναι επικίνδυνη	
Πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου	Τακτικός (τουλάχιστον 1 φορά ετησίως)	Count % of Total	37 17,2%	8 3,7%	5 2,3%	50 23,3%
	Τυχαίος (όταν αρρωσταίνει)	Count % of Total	150 69,8%	13 6,0%	2 0,9%	165 76,7%
Σύνολο		Count % of Total	187 87,0%	21 9,8%	7 3,3%	215 100,0%



Γράφημα 31. Κατανομή σύμφωνα με πραγματοποίηση προληπτικού Ιατρικού ελέγχου και τι γνωρίζει για την πολιομυελίτιδα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνολο των ενηλίκων που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι 215, με μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής από πλευρά των ανδρών (56,3%) σε σύγκριση με τις γυναίκες (43,7%). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα των αντίστοιχων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό σε ευάλωτο πληθυσμό και έχουν βρει πως οι γυναίκες είναι λιγότερο πρόθυμες να συμμετέχουν σε μελέτες που αφορούν θέματα υγείας (Brewer et al, 2014, Otufowora et al, 2021).

Επιπλέον, στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές για τη διαχρονικά χαμηλή ποσοστώση του γυναικείου φύλου ως μέρους πληθυσμού μελέτης στη βιοϊατρική έρευνα (Merone et al, 2022, Geller et al, 2011).

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, η ευρεία πλειοψηφία ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των > 45 ετών (47,9%) με επίσης ικανό ποσοστό ερωτηθέντων να ανήκει στις ηλικίες των 36-45 ετών (26%). Τα ευρήματα αυτά πιθανόν εξηγούνται με το γεγονός ότι οι ερευνητικές επισκέψεις έλαβαν χώρα στην αυλή της οικίας των συμμετεχόντων και τα νεότερα μέλη του νοικοκυριού ή απουσίαζαν ή ακόμη και εάν ήταν παρόντες, τις απαντήσεις έδινε ο αρχηγός της οικογένειας.

Αναφορικά με την ομάδα πληθυσμού οι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν κάποια ιδιαίτερη διαφοροποίηση, καθώς συγκεντρώθηκαν οι περίπου ισάριθμες συνεντεύξεις από τους Πομάκους και από τους Ρομά, και οι συντριπτική πλειοψηφία συμμετείχε με μεγάλη προθυμία.

Σχετικά με την ηλικία γάμου της μητέρας, βρέθηκε πως μεγάλη μερίδα (45,1%) των γυναικών της παρούσας έρευνας έχει πραγματοποιήσει στην ηλικία 16-20 ετών. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με εκείνα των μελετών που αναφέρονται σε ξενόγλωσση βιβλιογραφία (Hotchkiss et al, 2016, Inel Manan, 2024, Froxyliia, 2014) και οι οποίες ανέδειξαν πως ο πρόωρος γάμος αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου όπως για τις μελλοντικές συνθήκες διαβίωσης, δηλ. φτώχεια (Dahl, 2010), έτσι και για την χειρότερη κατάσταση υγείας (Seta, 2023).

Όπως ήταν αναμενόμενο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Δημοτικού 37,3% ή με ελάχιστη μόρφωση (23,3%), καθώς είναι γνωστό το φαινόμενο της διαχρονικής δυσχέρειας των ευάλωτων πληθυσμών και ιδίως μειονοτήτων αναφορικά με το θέμα της εκπαίδευσης (Kirkby et al, 2023). Στο γυναικείο πληθυσμό της μειονότητας το πρόβλημα αυτό επιδεινώνεται με τη πρακτική των πρόωρων γάμων (UNICEF, 2016).

Στην ερώτηση για την απασχόληση, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (76,6%) απάντησε πως εργάζεται με μόνιμη απασχόληση και τα 12,1% εργάζονται περιστασιακά, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό απασχολημένων σε ικανοποιητικό αριθμό των 88,7%. Το ποσοστό αυτό δεν διαφοροποιείται από τα αντίστοιχα επίσημα στοιχεία του γενικού πληθυσμού της χώρας μας, καθώς σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ το ποσοστό των ανέργων στην Ελλάδα τον Ιανουάριο του 2024 ανερχόταν στα 10,4% (ΕΛΣΤΑΤ, 2024).

Αναφορικά με την πραγματοποίηση προληπτικού ελέγχου υγείας, μόνο το 23,3% των συμμετεχόντων κάνει τακτικό προληπτικό έλεγχο, ενώ η ευρεία πλειοψηφία των 76,6% προβαίνει σε αυτό μόνο όταν αρρωσταίνει. Τα αποτελέσματα αυτά διαφοροποιούνται από τα ευρήματα μελετών (Moiokhia et al, 2022) που έχουν βρει ότι το ποσοστό επίσκεψης για προληπτικούς λόγους από τα μέλη των διάφορων μειονοτήτων στο ΗΒ, ανέρχεται στα 78-88%. Εντούτοις, το μειωμένο ποσοστό των ατόμων που πραγματοποιούν των προληπτικό ιατρικό έλεγχο στην παρούσα μελέτη συμφωνεί με τα αντίστοιχα ποσοστά για το γενικό πληθυσμό της χώρας μας, τα οποία επίσης εμφανίζονται χαμηλά (Moumtzi et al, 2021).

Αναφορικά με τις βλαπτικές συνήθειες, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (40,5%) δήλωσε πως καπνίζει, με το 19,1% και 21,4% να καπνίζει μέσα στο σπίτι και σε εξωτερικό χώρο, αντίστοιχα. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η παρούσα έρευνα ανέδειξε πως το ένα πέμπτο του δείγματος καπνίζει στο σπίτι (19,1%) και το εύρημα αυτό συνάδει με παρόμοιες έρευνες του εξωτερικού, οι οποίες έχουν αποδώσει το εύρημα αυτό κυρίως σε χαμηλή μόρφωση (Assari and Bazargan, 2019). Επίσης, η απόλυτη πλειοψηφία των συμμετεχόντων (95,3%) δήλωσε πως δεν καταναλώνει αλκοόλ, γεγονός που το πιθανότερο σχετίζεται με τις



θρησκευτικές πεποιθήσεις, καθώς και οι δύο ομάδες ερωτηθέντων ανήκουν στην μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης.

Όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη κατά της πολιομυελίτιδας, έχει βρεθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 63,3% δεν έχει εμβολιαστεί. Πρέπει να σημειωθεί ότι στη διάρκεια της παρούσας έρευνας είχαν καταγραφεί ως εμβολιασμένοι μόνο οι συμμετέχοντες που επέδειξαν βιβλιάριο εμβολιασμού ή κάποιο άλλο σχετικό αποδεικτικό στοιχείο, σε αντίθεση με τις ορισμένες προηγούμενες σχετικές έρευνες του Ελλαδικού χώρου που δέχθηκαν την προφορική δήλωση αναφορικά με τον εμβολιασμό για πολιομυελίτιδα (Παπαμιχαήλ, 2018). Το γεγονός αυτό εξασφάλισε πιστή εικόνα εμβολιαστικής κάλυψης, ωστόσο πιθανόν να επηρέασε τους αριθμούς των εμβολιασμένων και ανεμβολίαστων, εμφανίζοντας χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού.

Σχετικά με τους λόγους του μη εμβολιασμού, οι περισσότεροι από μισούς (57,7%) απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν τον λόγο, ενώ το 39,1% δήλωσαν απόσταση /δυσκολία πρόσβασης σε υγειονομικούς φορείς, παράγοντας που αναφέρεται από εγχώριες (Παπαμιχαήλ, 2018) και ξενόγλωσσες έρευνες (de Graaf et al, 2016).

Η συντριπτική πλειοψηφία δεν γνωρίζει τίποτα για την πολιομυελίτιδα και την ύπαρξη του εμβολίου σε ποσοστά 87% και 95,3%, αντίστοιχα. Το εύρημα αυτό δεν φαίνεται να επηρεάζει τα ποσοστά της εμβολιαστικής κάλυψης στον νεανικό πληθυσμό της παρούσας έρευνας, τα οποία εμφανίζονται να είναι αρκετά υψηλά (71,8% και 96,9% για τους Ρομά και τους Πομάκους αντίστοιχα).

Ωστόσο, τα αποτελέσματα των προηγούμενων παρόμοιων ερευνών έχουν αποδείξει πως η γνώση για πολιομυελίτιδα αποτελεί σοβαρό καθοριστικό παράγοντα για την απόφαση πραγματοποίησης εμβολιασμού. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν διάφορες έρευνες (Babalola, 2011, Sheikh et al, 2013, Jain et al, 2014), ο πιο συνηθισμένος λόγος μη εμβολιασμού που έχει καταγραφεί στις γυναίκες στη Νιγηρία, στο Πακιστάν και στην Ινδία αντίστοιχα, είναι η έλλειψη γνώσης για τη νόσο της πολιομυελίτιδας. Ειδικότερα, το 66% των Νιγηριανών μητέρων που δεν έχουν εμβολιάσει ποτέ τα παιδιά τους, ανέφεραν ως αιτία την απουσία γνώσης για την νόσο της πολιομυελίτιδας (Gidado et al, 2014).

Όσοι απάντησαν πως έχουν παιδιά στο μεγαλύτερο ποσοστό (49,3%) δηλώνουν πως αυτά ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 2-4 ετών, ενώ το 21,9% έχει μόνο ένα παιδί.

Αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά της COVID-19, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων 74,4% είχε ολοκληρώσει τον εμβολιασμό, ενώ το 18,1% δεν έχει εμβολιασθεί. Τα ποσοστά αυτά συμφωνούν με το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης κατά της COVID-19 στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, που ξατλα την περίοδο Ιουλίου 2022 αντιστοιχούσαν στο 74,6% (Υπουργείο Υγείας, 2022), αλλά και με τα δεδομένα των σχετικών ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε ευάλωτους πληθυσμούς σε άλλες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η αντίστοιχη μελέτη ανέδειξε υψηλά ποσοστά εμβολιασμού σε πληθυσμό τσιγγάνων (Atkin et al, 2023).

## ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ

Από την στατιστική ανάλυση συσχέτισης των παραγόντων βρέθηκε πως η γνώση για την πολιομυελίτιδα σχετίζεται με την ηλικία του ερωτηθέντα, με την ηλικία γάμου της μητέρας, την πραγματοποίηση προληπτικού ελέγχου, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και δεν σχετίζεται με φύλο, βλαπτικές συνήθειες (κάπνισμα αλκοόλ), την εθνοτική ομάδα και την απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, βρέθηκε πως οι άνδρες έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με την νόσο της πολιομυελίτιδας σε ποσοστό 48,4% σε αντίθεση με τις γυναίκες που το αντίστοιχο ποσοστό είναι 38,6%. Τα ευρήματα από την ξενόγλωσση βιβλιογραφία τονίζουν την μεγάλη σημασία της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του ανδρικού πληθυσμού ιδιαίτερα σε κοινότητες όπου οι τοπικοί θρησκευτικοί και πολιτιστικοί κανόνες επιβάλλουν την πρωτοκαθεδρία του άνδρα ως αρχηγού του νοικοκυριού που παίρνει αποφάσεις και έχει τον τελευταίο λόγο σχετικά με την αποδοχή ή μη των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εμβολίων (Jones et al, 2008, WHO SAGE, 2014).

Επιπλέον, από τα ευρήματα προέκυψε πως οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας 45 χρονών και άνω στην συντριπτική πλειοψηφία τους 46,5% δεν γνωρίζουν τίποτα για την πολιομυελίτιδα. Το εύρημα αυτό κατέδειξε ότι η γνώση για την πολιομυελίτιδα έχει συσχέτιση με την ηλικία του ερωτηθέντα και είναι σε συμφωνία με τα δεδομένα της σχετικής βιβλιογραφίας που αναφέρει ότι στους ευάλωτους πληθυσμούς η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την κατάσταση υγείας (Masseria et al, 2010).

Και οι δύο πληθυσμιακές ομάδες επέδειξαν ανεπαρκή γνώση για την πολιομυελίτιδα, καθώς σχεδόν το ήμισυ των Ρομά και των Πομάκων σε ποσοστά 45,6% και 41,4% αντίστοιχα, απάντησαν πως δεν γνωρίζουν τα συμπτώματα και τους κινδύνους της νόσου. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με εκείνα παρόμοιων ερευνών που διεξήχθησαν στο εξωτερικό (Hussain et al, 2022, Zingg et al, 2012), οι οποίες τονίζουν το χαμηλό επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τα νοσήματα και εικάζουν πως αυτό συσχετίζεται με αντίσταση ή παραμέληση του εμβολιασμού.

Όσον αφορά τη ηλικία μητέρας διαπιστώθηκε ότι αυτή σχετίζεται με τη γνώση για την πολιομυελίτιδα και το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει με τα ευρήματα της έρευνας που διεξήχθη από την Ευρωπαϊκή Ένωση Δημόσιας Υγείας (EPHA, 2014). Επιπλέον, έχει βρεθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό (40,5%) των γυναικών στην ηλικιακή ομάδα 16-20 ετών η οποία παραδοσιακά αποτελεί ηλικία γάμου για τη συγκεκριμένη μερίδα πληθυσμού, δεν γνωρίζουν τίποτα για την νόσο αυτή, κάτι το οποίο εκτιμάται ότι μπορεί μελλοντικά να αποτελέσει αρνητικό παράγοντα στη διαμόρφωση συμπεριφοράς σε θέματα υγείας εκείνων και των παιδιών τους. Αναφορικά με την απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας, ούτε η μόνιμη απασχόληση ούτε το είδος της δεν φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το

επίπεδο γνώσης για την πολιομυελίτιδα. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει μερικώς με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας (Chen et al, 2017) δεν βρήκαν επίσης ότι η εργασιακή κατάσταση του αρχηγού της οικογένειας να επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας και τον εμβολιασμό. Αντιθέτως, ορισμένες μελέτες (Clouston et al, 2014, Arsenault et al, 2017) απέδειξαν την στατιστικά σημαντική συσχέτιση της απασχόλησης του πατέρα με την κατάσταση υγείας και συμπεριφορές υγείας των μελών της οικογένειας.

Αναφορικά με τον προληπτικό έλεγχο, οι συμμετέχοντες στην συντριπτική τους πλειοψηφία (69,8%) σχεδόν δεν έχουν την συνήθεια του τακτικού ιατρικού ελέγχου (περιστασιακός έλεγχος μία φορά ανά έτος) και δεν έχουν γνώσεις για την πολιομυελίτιδα. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα προγενέστερης μελέτης (Lee et al, 2017), σύμφωνα με την οποία διαπιστώθηκε πως η πραγματοποίηση ετήσιου τακτικού ελέγχου υγείας συσχετίστηκε θετικά με την αναζήτηση πληροφοριών για θέματα υγείας.

Αναφορικά με τις βλαπτικές συνήθειες και συγκεκριμένα το κάπνισμα, το ποσοστό 36,8% από αυτούς που καπνίζουν και το 50% από τους μη καπνίζοντες δεν γνωρίζουν τίποτα για την πολιομυελίτιδα. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα στοιχεία της βιβλιογραφίας, καθώς σε μία συστηματική ανασκόπηση των Li et al (2022), έχει βρεθεί πως οι ανεπαρκείς γνώσεις σε θέματα υγείας σχετίζονται θετικά με υψηλή πιθανότητα καπνίσματος και η συσχέτιση αυτή ήταν στατιστικά σημαντική.

Όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, η συντριπτική πλειοψηφία (82,8%) δήλωσε πως δεν πίνει καθόλου αλκοόλ και από αυτούς οι 82,8% δεν έχουν γνώσεις σχετικά με την πολιομυελίτιδα, αποτέλεσμα που συμβαδίζει με τα ευρήματα παρόμοιων ερευνών που διεξάχθηκαν σε πληθυσμό μειονότητας στις ΗΠΑ (McCleary - Jones, 2011, Al Sayah 2015). Υψηλά ποσοστά ερωτηθέντων που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ δύνανται να τεκμηριωθούν με το γεγονός ότι ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας αποτελείται αποκλειστικά από άτομα μουσουλμανικού θρησκευματος, κάτι που σύμφωνα με παρόμοιες έρευνες αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για την βλαπτική αυτή συνήθεια (Ishaq et al, 2021).

## *ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ*

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το 87,0% απάντησε πως δεν γνωρίζει σχετικά με την ύπαρξη εμβολίου, με τους άνδρες να καταγράφουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τις γυναίκες (48,4% και 38,6%, αντίστοιχα). Αναφορικά με τα παραπάνω, τα στοιχεία μελετών παρουσιάζουν διφορούμενα αποτελέσματα, καθώς κάποιοι ερευνητές έχουν βρει πως οι άνδρες έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με θέματα υγείας (Khosravi et al, 2018), σε αντίθεση με άλλους που ισχυρίζονται ότι καλύτερη πληροφόρηση σε θέματα υγείας έχουν οι γυναίκες (Clouston et al, 2017). Επίσης, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως ηλικιακή

ομάδα >45 ετών που αποτελεί και το ήμισυ του δείγματος δεν γνωρίζει σχετικά με την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με αποτελέσματα άλλων ερευνών (Lee et al, 2017) που αναφέρουν ότι η δυσκολία ανεύρεσης και κατανόησης των πληροφοριών σχετικά με την υγεία αυξάνεται με την ηλικία.

Αναφορικά με την πληθυσμιακή ομάδα της μειονότητας (Πομάκων και Ρομά) που συμμετείχαν στην έρευνα, βρέθηκε ότι σε ποσοστό 48,4% ο πληθυσμός των Ρομά δεν γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου και οι μεταβλητές μειονοτικής ομάδας και γνώσης για το εμβόλιο σχετίζονται μεταξύ τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με άλλες έρευνες (Duplaga, 2020, Bo et al, 2014), που επίσης έχουν καταγράψει χαμηλά ποσοστά γνώσης για θέματα υγείας στους μειονοτικούς πληθυσμούς. Επιπλέον σύμφωνα με σχετικά πρόσφατη μετανάλυση (McFadden et al, 2018), η οποία συμπεριλαμβάνει ενενήντα εννέα έρευνες από τριάντα δύο χώρες, οι πληθυσμοί Ρομά βρίσκονται σε ιδιαίτερα ευάλωτη θέση αναφορικά με πληροφορίες για την υγεία, λόγω μειονοτικής ιδιότητας, χαμηλής μόρφωσης και γλωσσικών εμποδίων.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο μητέρας, διαπιστώθηκε πως οι μητέρες που είναι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν για την ύπαρξη εμβολίου (37,2%). Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν λάβει κανείς υπόψη ότι το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας σχετίζεται άμεσα με τις συμπεριφορές της υγείας και την φροντίδα για την υγεία των παιδιών της (Prickett et al, 2016).

Επιπλέον, εξετάζοντας την ηλικία γάμου μητέρας, άλλο ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις γνώσεις σε θέματα υγείας, αποδείχθηκε πως οι μητέρες που ξεκίνησαν τον έγγαμο βίο σε ηλικία μεταξύ 16-20 ετών είναι αυτές που παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό άγνοια για το εμβόλιο (43,7%). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τη σχετική βιβλιογραφία. Συγγραφείς πολλών μελετών που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση αναγνώρισαν ότι η πρόωρη ηλικία γάμου μπορεί να οδηγήσει σε αποχή από την εκπαίδευση που καθορίζει το μορφωτικό επίπεδο της μέλλουσας μητέρας, δημιουργώντας, έτσι, αρνητικές προϋποθέσεις για την μελλοντική φροντίδα υγείας των παιδιών (Fan et al, 2022).

Αναφορικά με την απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας, ο παράγοντας αυτός δε φάνηκε να σχετίζεται με την μεταβλητή γνώσης για το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας. Τα ευρήματα αυτά διαφοροποιούνται από εκείνα των παρόμοιων ερευνών, καθώς η μόνιμη απασχόληση, όπως και η ανεργία, έχει αποδεχθεί να επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο γνώσεων για τη υγεία, θετικά και αρνητικά, αντίστοιχα (Svendson et al, 2021). Εντούτοις, στην παρούσα μελέτη το 76,7 % των ερωτηθέντων βρέθηκε ότι απασχολείται με μόνιμη σχέση εργασίας, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό των 4,7% από αυτούς δήλωσε πως γνωρίζει για την ύπαρξη του εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας.

Αναφορικά με τον προληπτικό ιατρικό έλεγχο και συγκεκριμένα με το τρόπο που πραγματοποιείται (προγραμματισμένα ή τυχαία), η συντριπτική πλειοψηφία ανέφερε ότι οι έλεγχοι που έγιναν ήταν τυχαίοι, λόγω ασθένειας (74,9%) και όχι

προληπτικοί και δήλωσε άγνοια για την ύπαρξη εμβολίου. Η διαπίστωση αυτή συμβαδίζει με τα ευρήματα παρόμοιων ερευνών (Lee et al, 2017).

Αναφορικά με το κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την γνώση για την ύπαρξη εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας, ωστόσο σχεδόν το 100% του δείγματος που καπνίζει δήλωσε πως δεν γνωρίζει για το παραπάνω εμβόλιο, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τα αποτελέσματα μιας συστηματικής ανασκόπησης (Li et al, 2022), που ισχυρίζονται πως οι βλαπτικές συνήθειες όπως το κάπνισμα συχνά αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο γνώσεων σε θέματα υγείας.

### *ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ COVID-19*

Το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού της παρούσας έρευνας για την νόσο COVID-19 εξετάστηκε, καθώς έχει αποδειχθεί ότι οι γνώσεις και οι συμπεριφορές του ατόμου αναφορικά με τον εμβολιασμό καθορίζουν την ικανότητα του να λαμβάνει ενημερωμένες αναφορικά με την υγεία του και την αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης (Biasio, 2017). Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως το 1/3 των συμμετεχόντων έχει ολοκληρώσει το εμβολιαστικό σχήμα των δύο δόσεων.

Το φύλο και εμβολιασμός για COVID-19 δεν βρέθηκε να σχετίζονται μεταξύ τους. Το εύρημα αυτό διαφοροποιείται από εκείνα των παρόμοιων σχετικών μελετών που έχουν βρει ότι το γυναικείο φύλο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη διστακτικότητα για εμβολιασμό κατά της COVID-19 (Toshkov, 2023). Η ηλικία και εμβολιασμός για COVID-19 επίσης δεν έδειξαν στατιστικά συσχέτιση, ωστόσο η ηλικιακή ομάδα των >45 δήλωσε πως έχει ολοκληρώσει εμβολιασμό.

### *ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ*

Η ιδιότητα μέλους μειονοτικής πληθυσμιακής ομάδας δεν φάνηκε να σχετίζεται με ολοκλήρωση εμβολιαστικής κάλυψης για COVID-19. Ωστόσο και οι δύο πληθυσμιακές ομάδες (Πομάκοι και Ρομά) στην πλειοψηφία τους ολοκλήρωσαν τον εμβολιασμό.

Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, καθώς σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει βρεθεί ότι οι Ρομά (όπως και οι Βρετανοί Καυκάσιοι και λοιποί Καυκάσιοι) παρουσιάζουν λιγότερη διστακτικότητα απέναντι σε εμβολιασμό για COVID-19, σε διαφορά με κατοίκους του ΗΒ άλλης εθνικότητας (Woolf et al, 2021). Αναφορικά με τους Πομάκους, δεν υπάρχουν δεδομένα για το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης για COVID-19, ωστόσο, άλλη έρευνα (Zafeiris and Skiadas, 2014) αναφέρει πως το γενικό επίπεδο υγείας του Πομάκικου πληθυσμού και η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας έχει βελτιωθεί σημαντικά τελευταίες δεκαετίες σε σχέση με το παρελθόν.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως στο 1/3 του συνολικού δείγματος, οι μητέρες ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου και ηλικίας γάμου, είχαν εμβολιασθεί πλήρως. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία γάμου μητέρας δεν φάνηκε να σχετίζονται στατιστικά με τον εμβολιασμό για COVID-19. Το εύρημα αυτό έρχεται σε διαφωνία με τις σχετικές παρόμοιες έρευνες οι οποίες έχουν αποδείξει πως το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και η νεαρή ηλικία γάμου σχετίζεται άμεσα με τις συμπεριφορές της υγείας και την φροντίδα για την υγεία των παιδιών της (Prickett et al, 2016, Fan et al, 2022).

Οι παράγοντες όπως η απασχόληση του αρχηγού της οικογένειας, είδος μόνιμης απασχόλησης, πραγματοποίηση τακτικού προληπτικού ιατρικού ελέγχου και το κάπνισμα δεν αποδείχθηκε να σχετίζεται με τον εμβολιασμό για COVID-19. Οι διαπιστώσεις αυτές έρχονται σε αντίθεση με τις προηγούμενες σχετικές μελέτες που έχουν βρει πως η ανεργία (Marzo et al, 2022), η παραμέληση του τακτικού ιατρικού ελέγχου (Turhan et al, 2022) και το κάπνισμα (Bhandari et al, 2024) σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με τη διστακτικότητα για εμβολιασμό για COVID-19.

Όπως είχε αναφερθεί παραπάνω, η σχεδόν απόλυτη πλειοψηφία (95,3%) του δείγματος της παρούσας μελέτης δήλωσε πως δεν καταναλώνει αλκοόλ. Από αυτούς το 71,6% ολοκλήρωσε τον εμβολιασμό και η συσχέτιση της πραγματοποίησης του εμβολιασμού για COVID-19 και αποχής από τη χρήση αλκοόλ βρέθηκε να σχετίζονται.

Το αποτέλεσμα αυτό είναι σε συμφωνία με ευρήματα άλλων ερευνητών (Wu et al, 2022, Dinesh et al, 2023), με τους τελευταίους να αναφέρουν πως η διστακτικότητα για εμβολιασμό οφειλόταν σε φόβο των παρενεργειών που θα προέκυπταν από συνδυασμένη επίδραση στον οργανισμό της αλκοόλης και εμβολίου για COVID-19.

## *ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ*

*Ρομά:* Όσον αφορά τον πληθυσμό παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενήλικων Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα προέκυψε πως οι άρρενες και τα θήλεα είναι 53,8% και 37,6%, αντίστοιχα. Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό οι συμμετέχοντες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 5 έως 10 ετών σε ποσοστό 16,2%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στους νεαρούς ενήλικες με ποσοστό 42,7%. Έπονται οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες με αυτήν των κάτω των 2 ετών να καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό 6,8%. Αναφορικά με την εμβολιαστική κάλυψη των συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν είναι αρκετά ικανοποιητικά, με την μεγάλη πλειοψηφία 71,8% να είναι πλήρως εμβολιασμένη και μικρό ποσοστό των 9,4% να έχει ξεκινήσει τον εμβολιασμό. Το ποσοστό 17,1% θεωρήθηκε μη εμβολιασμένο καθώς δεν προσκόμισε βιβλιάριο εμβολιασμού ή κάποιο άλλο αποδεικτικό στοιχείο. Τα αποτελέσματα αυτά

δείχνουν επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο που καταγράφηκε από παρόμοιες έρευνες στους πληθυσμούς Ρομά του Ελλαδικού χώρου. Συγκεκριμένα, στις δύο *Εθνικές Μελέτες Κατάστασης Εμβολιασμού των Παιδιών Ρομά* που πραγματοποιήθηκαν τα έτη 2012 και 2017 καταγράφηκαν ποσοστά εμβολιασμού κατά της πολιομυελίτιδας 58% (Παναγιωτόπουλος και συν., 2013) και 50-56% (Paramichail et al, 2017), αντίστοιχα. Επιπλέον, η τελευταία έρευνα επισήμανε πως η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών Ρομά ήταν πολύ χαμηλότερη από αυτή του μη μειονοτικού παιδικού πληθυσμού της χώρας μας. Περαιτέρω, σε δύο κατά τόπους μελέτες που διεξάχθηκαν στους νομούς Αιτωλοακαρνανίας και Ηλείας, το ποσοστό πλήρως εμβολιασμένων κατά της πολιομυελίτιδας παιδιών Ρομά αντιστοιχεί σε 50% και 61,63%, αντίστοιχα (Κωνσταντοπούλου, 2020, Στυλιανέση, 2021). Το βελτιωμένο (σε σύγκριση με τις προηγούμενες έρευνες) ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών της παρούσας μελέτης πιθανόν να εξηγείται με την τοποθεσία του οικισμού Ρομά στα όρια του Δήμου Αλεξανδρούπολης και εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας.

*Πομάκοι:* Η κατανομή αναφορικά με το φύλο έδειξε παρόμοια με τους Ρομά αποτελέσματα, με τον πληθυσμό παιδιών, εφήβων και αναδυόμενων ενήλικων Πομάκων, να παρουσιάζει ελαφρός μεγαλύτερο ποσοστό αρρένων (56,3%) σε σχέση με τα θήλεα (43,8%). Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα διαφαίνεται πως η εμβολιαστική κάλυψη είναι μεγάλη σε ποσοστό 96,9%, ενώ δεν δύναται να γίνει σύγκριση με τα προηγούμενα δεδομένα, καθώς η εκτεταμένη ανασκόπηση της ελληνικής και της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας δεν ανέδειξε σχετικές μελέτες στον πομακικό πληθυσμό. Το υψηλό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού Πομάκων της παρούσας έρευνας, έρχεται σε αντίθεση με τα στοιχεία της προγενέστερης έρευνας (Sapourides et al, 2011), που έχει εντοπίσει χαμηλό επίπεδο στοματικής υγείας στα παιδιά των Ελλήνων Πομάκων, αποδίδοντας τα ευρήματα αυτά στη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Ο παράγοντας αυτός σε μικρό ποσοστό αποτυπώνεται και στην παρούσα έρευνα όπου το 39,1% των συμμετεχόντων ενηλίκων δήλωσε ότι δεν έχει εμβολιασθεί λόγω μεγάλης απόστασης του τόπου κατοικίας τους από δομές Υγείας.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Αν και η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα στην εμβολιαστική κάλυψη ευάλωτων πληθυσμών είναι προφανής, ωστόσο τα επιστημονικά ευρήματα τέτοιου είδους κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου για την Δημόσια Υγεία και πρέπει να γνωστοποιούνται άμεσα στους αρμόδιους φορείς. Τα παραπάνω ζητήματα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, αν λάβει κανείς υπόψη το γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες η

χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη στους ευάλωτους πληθυσμούς αποτελεί αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο.

Εξάλλου, οι επιστήμονες προβλέπουν πως στο μέλλον τα εμβόλια θα αποτελέσουν το σημαντικότερο εργαλείο των στρατηγικών προγραμμάτων και θα αναδειχθούν περαιτέρω, καθώς οι ανάγκες για πρόληψη των νοσημάτων του όλο και αυξανόμενου αριθμού ανθρώπων, θα βασίζονται στην πρόληψη.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σε συνδυασμό με τα στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία υπογραμμίζουν την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση για τα εμβολιαστικά προγράμματα και άλλων επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με την εκκρίωση της πολιομυελίτιδας από τον παγκόσμιο χάρτη. Ως εκ τούτου αναδεικνύεται η πραγματοποίηση προγραμμάτων που στοχεύουν στην ενημέρωση και πρόληψη των εκ νέου αναδυόμενων νοσημάτων, όπως η πολιομυελίτιδα.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι το ποσοστό εμβολιασμένων Ρομά και Πομάκων, οι οποίοι κατοικούν στον Νομό Έβρου, έχουν χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού από το σύνολο του γενικού πληθυσμού στον ελλαδικό χώρο, αλλά υψηλότερο από εκείνο των πληθυσμών Ρομά στις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδας.

Επιπλέον, το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά σε αρκετές από τις διεθνείς έρευνες που διεξήχθησαν είναι χαμηλό, πολλές από τις οποίες προέρχονται από κράτη της νοτιοανατολικής Ευρώπης. Αυτό οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες όπως η ελλιπής ενημέρωση, η άγνοια του κινδύνου, το χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο αυτών των πληθυσμών και διαφόρων άλλων παραγόντων, οι οποίοι εμποδίζουν την ενδελεχή τήρηση του εμβολιαστικού προγράμματος.

Τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από την παρούσα έρευνα δύναται να αποτελέσουν ένα έναυσμα για εκτενέστερη έρευνα με σκοπό τη διεξαγωγή ολοκληρωμένων συμπερασμάτων που δύναται μελλοντικά να χρησιμοποιηθούν για τον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να εξετασθούν τρόποι καλύτερης ενημέρωσης, ώστε να αντιμετωπιστεί η άγνοια του κινδύνου ή η διστακτικότητα για εμβολιασμό και πολλές φορές η άρνηση, καθώς η αρνητική στάση ειδικά στις νεαρές μητέρες, ενέχει κίνδυνο να επηρεάσει αρνητικά το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών.

Στην κατεύθυνση αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού, μπορούν να γίνουν διάφορα στρατηγικού περιεχομένου βήματα, όπως η οργάνωση κατάλληλων προγραμμάτων ενημέρωσης, η διενέργεια εμβολιασμών προσαρμοσμένων στις ανάγκες της κοινότητας και η συνεργασία φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η ουσιαστική και συστηματική αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να επιτευχθεί με την εγγύτητα στους ευάλωτους πληθυσμούς, τη διάθεση δωρεάν



εμβολίων και την στρατηγικού αποτελέσματος ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως Επισκέπτες Υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Aaby P., Nielsen S., Fisker A.B., Pedersen L.M., Welaga P., Hanifi S.M.A., Martins C.L., Rodrigues A., Chumakov K. and Benn C.S.** (2022). Stopping Oral Polio Vaccine (OPV) After Defeating Poliomyelitis in Low- and Middle-Income Countries: Harmful Unintended Consequences? Review of the Nonspecific Effects of OPV. *Open Forum Infect Dis.* **9**(8):ofac340.
2. **Ajayi S.O.** (2021). A perspective on health inequalities in BAME communities and how to improve access to primary care. *Future Healthc J.* **8**(1):36-39.
3. **Ahmed K.A., Grundy J., Hashmat L., Ahmed I., Farrukh S., Bersonda D., Akram Shah M., Yunus S. and Krishna Banskota H.** (2022). An analysis of the gender and social determinants of health in urban poor areas of the most populated cities of Pakistan. *Int J Equity Health.* **21**:52.
4. **Al Sayah F., Majumdar S.R., Egede L.E. and Johnson J.A.** (2015). Associations between health literacy and health outcomes in a predominantly low-income African American population with type 2 diabetes. *Journal of Health Communication.* **20**(5):581-588.
5. **Arsenault C., Harper S., Nandi A., Mendoza Rodríguez J.M., Hansen PM. and Johri M.** (2017). Monitoring equity in vaccination coverage: A systematic analysis of demographic and health surveys from 45 GAVI-supported countries. *Vaccine.* **35**(6):951-959.
6. **Assari S. and Bazargan M.** (2019). Second-Hand Smoke Exposure at Home in the United States; Minorities' Diminished Returns. *Int J Travel Med Glob Health.* **7**(4):135-141.
7. **Atkin K.M., Chattoo S., Hunter C.M., Furgalska M., Violet Cannon, Abigail Danton.** (2023). Addressing low uptake of COVID vaccination among Gypsy and Traveller communities. *Department of Sociology, Law. University of York, UK.*
8. **Αφένδρας Β.** (1991). Θρησκευτική μειονότητα». Στο συλλογικό έργο: Παιδαγωγική, Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό. Τόμος 6. σελ. 125. Αθήνα. *Ελληνικά Γράμματα.*
9. **Babalola S.** (2011). Maternal reasons for non-immunisation and partial immunisation in northern Nigeria. *J Paediatr Child Health.* **47**(5):276-281.
10. **Bandyopadhyay A.S., Garon J., Seib K. and Orenstein W.A.** (2015). Polio vaccination: Past, present and future. *Future Microbiol.* **10**:791-808.
11. **Bhandari P., Teferra A., Nau M., Tosun L., Sahr T., Freedner N. and Ferketich A.** (2024). COVID-19 Vaccine Hesitancy by Smoking Status Among Ohio Adults. *Ohio Journal of Public Health.* **6**:1-8.
12. **Bhopal R.** (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology and Community Health.* **58**:441-445.
13. **Biasio L.R.** (2017). Vaccine hesitancy and health literacy. *Hum Vaccines Immunother.* **13**:701-702.
14. **Bo A., Friis K., Osborne R.H. and Maindal H.T.** (2014). National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers-a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* **14**(1):1095.
15. **Brewer L.C., Hayes S.N., Parker M.W., Balls - Berry J.E., Halyard M.Y., Pinn V.W. and Radecki Breitkopf C.** (2014). African American women's perceptions and attitudes regarding participation in medical research: the Mayo Clinic/The Links Incorporated partnership. *J Womens Health (Larchmt).* **23**:681-687.

16. **CDC.** (2021). Routine Vaccination Coverage - Worldwide, 2020. Atlanta. Ed. *Centers for Disease Control and Prevention.*
17. **CDC.** (2023). What is Polio? Atlanta. Ed. *Centers for Disease Control and Prevention.*
18. **Chen W., Elam - Evans L.D., Hill H.A. and Yankey D.** (2017). Employment and Socioeconomic Factors Associated with Children's Up-to-Date Vaccination Status. *Clin Pediatr (Phila).* **56**(4):348-356.
19. **Cho M.K. and Cho Y.H.** (2022). Role of Perception, Health Beliefs, and Health Knowledge in Intentions to Receive Health Checkups among Young Adults in Korea. *Int J Environ Res Public Health.* **19**(21):13820.
20. **Chu E.C.P. and Lam K.K.W.** (2019). Post-polio myelitis syndrome. *Int Med Case Rep J* **12**:261-264.
21. **Chumakov K., Ehrenfeld E., Agol V.I. and Wimmer E.** (2021). Polio eradication at the crossroads. *Lancet Glob Health.* **8**:e1172-e1175.
22. **Cole J.** (2011). Pomaks. *Ethnic Groups of Europe: An Encyclopedia.* p. 288.
23. **Clouston S., Kidman R. and Palermo T.** (2014). Social inequalities in vaccination uptake among children aged 0-59 months living in Madagascar: an analysis of Demographic and Health Survey data from 2008 to 2009. *Vaccine.* **32**(28):3533-9.
24. **Clouston S.A.P., Manganello J.A. and Richards M.** (2017). A life course approach to health literacy: The role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age Ageing.* **46**(3):493-499.
25. **Cooper L.V., Bandyopadhyay A.S., Gumede N., Mach O., Mkanda P., Ndoutabé M. et al.** (2022). Risk factors for the spread of vaccine-derived type 2 polioviruses after global withdrawal of trivalent oral poliovirus vaccine and the effects of outbreak responses with monovalent vaccine: a retrospective analysis of surveillance data for 51 countries in Africa. *Lancet Infect Dis.* **22**:284-294.
26. **Dahl G.B.** (2010). Early teen marriage and future poverty. *Demography.* **47**(3):689-718.
27. **Δαμιανάκη Ε.** (2019). Εμβολιαστική κάλυψη εφήβων στο Δήμο Φαιστού. Μεταπτυχιακή εργασία. ΠΜΣ Εμβολιασμοί και Πρόληψη Λοιμώξεων σε παιδιά και εφήβους. *Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Κρήτης.*
28. **De Graaf P., Rotar Pavlič D., Zelko E., Vintges M., Willems S. and Hanssens L.** (2016). Primary care for the Roma in Europe: Position paper of the European forum for primary care. *Zdr Varst.* **55**(3):218-224.
29. **Dinesh R.J., Dhanalakshmi R., Jency P.J. et al.** (2023). Factors for hesitancy towards vaccination against COVID-19 among the adult population in Puducherry, India - A cross-sectional study. *BMC Public Health.* **23**(1):2217.
30. **Duplaga M.** (2020). Determinants and consequences of limited health literacy in polish society. *Int J Environ Res Public Health.* **17**(2):642.
31. **Duval L., Wolff F.C., McKee M. and Roberts B.** (2016). The Roma vaccination gap: Evidence from twelve countries in Central and South-East Europe. *Vaccine.* **34**(46):5524-5530.
32. **Ekezie W., Awwad S., Krauchenberg A., Karara N., Dembiński L. et al.** (2022). For the ImmuHubs Consortium. Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach Communities in the WHO European Region: A Systematic Review. *Vaccines (Basel).* **10**(7):1038.
33. **ΕΛΣΤΑΤ.** (2024). Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Ιανουάριος 2024.

34. **ΕΟΔΥ.** (2024). Πολιομυελίτιδα. Γενικές Πληροφορίες.
35. **Estivariz C.F., Link - Gelles R. and Shimabukuro T.** (2021). Poliomyelitis. Atlanta. *Ed. Centers for Disease Control and Prevention.*
36. **European Public Health Alliance - EPHA.** (2014). Bolstering Health Literacy to cut down maternal and infant health inequalities. *European Public Health Alliance.*
37. **European Vaccination Information Portal.** (2022). Polio. *European Vaccination Information Portal.*
38. **Fan S. and Koski A.** (2022). The health consequences of child marriage: a systematic review of the evidence. *BMC Public Health.* **22**:309.
39. **Falleiros - Arlant L.H., Ayala S.E.G., Domingues C., Brea J. and Colsa - Ranero A.** (2020). Current status of poliomyelitis in Latin America. *Rev Chilena Infectol.* **37**(6):701-709.
40. **Farmaki A.E., Rayner N.W., Kafyra M., Matchan A., Ntaoutidou K.** et al. (2019). A Dietary Pattern with High Sugar Content Is Associated with Cardiometabolic Risk Factors in the Pomak Population. *Nutrients.* **11**(12):3043.
41. **Fournet N., Mollema L., Ruijs W.L., Harmsen I.A., Keck F., Durand J.Y.** et al. (2018). Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. *BMC Public Health.* **18**:196.
42. **Froxyli M.** (2014). Child Bride practice amongst the Roma Population in Greece: The Greek Response to Child Bride Practice. Master Thesis. pp. 25-35. *Tilburg Law School. Tilburg University.*
43. **Geller S.E., Koch A., Pellettieri B. and Carnes M.** (2011). Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: Have we made progress? *J Womens Health.* **20**:315-320.
44. **Georgakopoulou T., Menegas D., Katsioulis A., Theodoridou M., Kremastinou J. and 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.
45. **Ghodsee K.** (2010). Minarets after Marx: Islam, Communist Nostalgia, and the Common Good in Postsocialist Bulgaria. *East European Politics and Societies.* **24**(4):520-542.
46. **Gidado S., Nguku P., Biya O., Waziri N.E., Mohammed A., Nsubuga P.** et al. (2014). Determinants of routine immunization coverage in Bungudu, Zamfara State, Northern Nigeria. *Pan Afr Med J.* **18**(Suppl 1):9.
47. **González - Silva M. and Rabinovich N.R.** (2021). Some lessons for malaria from the Global Polio Eradication Initiative. *Malar J.* **20**:210.
48. **Henry R.** (2019). Etymologia: Poliomyelitis. *Emerg Infect Dis.* **25**(8):1611.
49. **Hotchkiss D., Godha D., Gage A. and Cappa C.** (2016). Risk factors associated with the practice of child marriage among Roma girls in Serbia. *BMC International Health and Human Rights.* **16**:6.
50. **Hussain B., Latif A., Timmons S., Nkhoma K. and Nellums L.B.** (2022). Overcoming COVID-19 vaccine hesitancy among ethnic minorities: A systematic review of UK studies. *Vaccine.* **40**(25):3413-3432.
51. **İnel Manav A.** (2024). An evaluation of early marriage and the mental state of Roma women: A cross-sectional study. *Transcultural Psychiatry.* **61**(1):107-117.
52. **Ishaq B., Østby L. and Johannessen A.** (2021). Muslim religiosity and health outcomes: A cross-sectional study among Muslims in Norway. *SSM Popul Health.* **15**:100843.

53. **Jain S.P.B., Singh S., Singla A., Kundu H. and Singh K.** (2014). Polio eradication-lessons from the past and future perspective. *J Clin Diagn Res.* **8**(7):ZC56-60.
54. **Jones N., Harper C., Watson C., Espey J., Wadugodapitiya D., Page E.** et al. (2010). Stemming Girls' Chronic Poverty: Catalysing Development Change by Building Just Social Institutions. *SSRN Electronic Journal*.
55. **Joszt L.** (2018). Vulnerable Populations in Healthcare. *AJMC*.
56. **Ιωαννίδου Χ., Γαλάνης Π., Βούλγαρη - Κόκοτα Α., Μπόζας Ε., Μεντής Α., Τσουμάκας Κ. και Παυλοπούλου Ι.** (2019). Ορολογική ανοσία έναντι των ιών της πολιομελίτιδας και σχετιζόμενοι παράγοντες σε παιδιά μεταναστών και προσφύγων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* **36**(4):475:484.
57. **Καρά Χουσεΐν Ι.** (2017). Γεωγραφική απεικόνιση των πομακικών πληθυσμών στον ελλαδικό χώρο. Διπλωματική Εργασία. *Πανεπιστήμιο Αιγαίου*.
58. **Κάτσικας Χ.** (1999). Εκτός «Τάξης» το «Διαφορετικό»: Τσιγγάνοι, Μειονοτικοί, Παλιννοστούντες και Αλλοδαποί στην Ελληνική Εκπαίδευση. Β΄ έκδοση. *Εκδόσεις Gutenberg*.
59. **Kayser V. and Ramzan I.** (2021). Vaccines and vaccination: history and emerging issues. *Hum Vaccin Immunother.* **17**(12):5255-5268.
60. **Kirkby A., Whitcombe E. and Nuttal E.** (2023). Briefing: Education inequalities facing Gypsies, Roma and Travellers in England (November 2023).
61. **Κιούση Π.** (2008). Μελέτη της αντιγονικής εξέλιξης εμβολιακών στελεχών πολιοϊών και προσδιορισμός των ανοσολογικών τους ιδιοτήτων. Πτυχιακή εργασία. *Τμήμα Βιοχημείας - Βιοτεχνολογίας. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*.
62. **Khosravi A., Ahmadzadeh K. and Zareivenovel M.** (2018). Evaluating the Health Literacy Level among Diabetic Patients Referring to Shiraz Health Centers. *International Journal of Information Science and Management.* **16**:137-151.
63. **Κωνσταντοπούλου Ι.** (2020). Εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού Ρομά του νομού Αιτωλοακαρνανίας, αντιλήψεις των γονέων τους για τα εμβόλια και διερεύνηση των εμποδίων εμβολιασμού τους. Μεταπτυχιακή εργασία. *Π.Μ.Σ. Διοίκησης Μονάδων Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
64. **Λαλένης Κ., Φραγκόπουλος Ι., Κιοσσές Ι. και Κηπουρός Σ.** (2012). Εθνο-πολιτισμική ετερότητα, κοινωνικές δομές και πολεοδομική οργάνωση στους μειονοτικούς οικισμούς της Θράκης. *Γεωγραφίες.* **2**:117-138.
65. **Li M., Sonoda N., Koh C., Yasumoto R. and Morimoto A.** (2022). Meta-analysis of the association between health literacy and smoking. *Population Medicine.* **4**:22.
66. **Martini M. and Orsini D.** (2023). The ghost of polio haunts us once again. The appeal of the scientific community is clear: Vaccinate your kids today! *Vaccine.* **41**(36):5338-5341.
67. **Μαΐση Μ., Βλασιάδης Κ., Τσίου Χ., Λαχανά Ε. και Πατελάρου Ε.** (2023). Εμβολιαστική κάλυψη παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* **40**(30):301-308.
68. **Μανγκαλάκοβα Τ.** (2010). Πομάκοι Θράκης. *Εφημερίδα Σεγκα*.
69. **Marzo R.R., Sami W., Alam M.Z., Acharya S., Jermisittiparsert K.** et al. (2022). Hesitancy in COVID-19 vaccine uptake and its associated factors among the general adult population: a cross-sectional study in six Southeast Asian countries. *Trop Med Health.* **50**(1):4.

70. **Masseria C., Mladovsky P. and Hernández - Quevedo C.** (2010). The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *Eur J Public Health*. **20**(5):549-554.
71. **Mbaeyi C.** (2023). Polio vaccination activities in conflict-affected areas. *Hum Vaccin Immunother*. **19**(2):2237390.
72. **Mbani C.J., Nekoua M.P, Moukassa D. and Hober D.** (2023) The Fight against Poliovirus Is Not Over. *Microorganisms*. **11**(5):1323.
73. **McCleary - Jones V.** (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *The ABNF Journal*. **22**(2):25-32.
74. **McFadden A., Siebelt L., Gavine A., Atkin K., Bell K. et al.** (2018). Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health*. **28**(1):74-81.
75. **Mehndiratta M.M., Mehndiratta P. and Pande R.** (2014). Poliomyelitis: historical facts, epidemiology, and current challenges in eradication. *Neurohospitalist*. **4**(4):223-229.
76. **Merone L., Tsey K., Russell D. and Nagle C.** (2022). Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Women's Health Reports*.
77. **Millan M. and Smith D.** (2019). A Comparative Sociology of Gypsy Traveler Health in the UK. *Int J Environ Res Public Health*. **16**(3):379.
78. **Millet Gazetesi.** (2021). Η απογραφή του πληθυσμού και άλλα δημογραφικά δεδομένα για τη Μειονότητα στη Θράκη. *Εφημερίδα Millet Gazetesi*.
79. **Ming L.C., Hussain Z., Yeoh S.F., Koh D. and Lee K.S.** (2020). Circulating vaccine-derived poliovirus: a menace to the end game of polio eradication. *Global Health*. **16**(1):63.
80. **Molokhia M., Ayis D.S., Karamanos A., L'Esperance D.V., Yousif S. et al.** (2022). What factors influence differential uptake of NHS Health Checks, diabetes and hypertension reviews among women in ethnically diverse South London? Cross-sectional analysis of 63,000 primary care records. *E Clinical Medicine*. **49**:101471.
81. **Μπαλούρδος Δ., Σαρρής Ν., Τραμουνάνης Α. και Χρυσάκης Μ.** (2014). Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας. Αθήνα. *Εκδόσεις Παπαζήση*.
82. **Moumtzi T. and Athanasopoulos A.** (2021). Assessment of the operation of a pilot program of preventive medicine for adults in three primary care centers of Athens and Piraeus: a cross-sectional study. *J Prev Med Hyg*. **61**(4):E621-E627.
83. **Mózes N., Takács J., Ungvari Z. and Feith H.J.** (2023). Screening attendance disparities among Hungarian-speaking Roma and non-Roma women in central and eastern European countries. *Front Public Health*. **11**:1292598.
84. **Muscat M.** (2011). Who gets measles in Europe? *J Infect Dis*. **2049**(Suppl 1):S353-365.
85. **Ναϊπλή Α.** (2014). Στο μεταίχμιο Ανατολής και Δύσης: Η περίπτωση της μουσουλμανικής μειονότητας της Δυτικής Θράκης. Μεταπτυχιακή εργασία. *ΠΜΣ Επικοινωνία και Πολιτισμός. Τμήμα Δημοσιογραφίας και ΜΜΕ. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*.
86. **National Emergency Operations Centre - NEOC, Afghanistan.** (2022). National Emergency Action Plan - Afghanistan - NEAP-2022.
87. **Ozawa S., Yemeke T., Evans D., Pallas S., Wallace A. and Lee B.** (2019). Defining hard-to-reach populations for vaccination. *Vaccine*. **37**(37):5525-5534.
88. **Otufowora A., Liu Y., Young H. 2nd, Egan K.L., Varma D.S., Striley C.W. and Cottler L.B.** (2021). Sex Differences in Willingness to Participate in Research Based on Study Risk Level

Among a Community Sample of African Americans in North Central Florida. *J Immigr Minor Health*. **23**(1):19-25.

89. **Παναγιωτόπουλος Τ., Παπαμιχαήλ Δ., Σταύρου Δ., Λάγγας Δ., Γαβανά Μ., Σαλονικιώτη Α.** και συν. (2013). Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα. (2012). Αθήνα. *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*.
90. **Παπαμιχαήλ Δ.** (2018). Εκτίμηση εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού τωντσιγγάνων στην Ελλάδα και διερεύνηση εμποδίων εμβολιασμού. Διδακτορική Διατριβή. Θεσσαλονίκη. *Τμήμα Ιατρικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*.
91. **Papamichail D., Petraki I., Arkoudis C., Terzidis A., Smyrnakis E., Benos A. and 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.
92. **Pearce J.M.** (2005). Poliomyelitis (Heine-Medin disease). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. **76**(1):128.
93. **Prickett K.C. and Augustine J.M.** (2020). Maternal Education and Investments in Children's Health. *J Marriage Fam*. **78**(1):7-25.
94. **Priya P.K., Pathak V.K. and Giri A.K.** (2020). Vaccination coverage and vaccine hesitancy among vulnerable population of India. *Hum Vaccin Immunother*. **16**(7):1502-1507.
95. **Πρόγραμμα Κοινοτικής Πρωτοβουλίας Equal.** (2010). Μελέτη για την ανίχνευση των εκπαιδευτικών αναγκών των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων των Ρομά. *Αναπτυξιακή Σύμπραξη Equal. ΔΙ.ΚΑ.ΔΙ. - ROM*.
96. **Pucchio A.M.R., Alabulraheem A. and Salvadori M.** (2022). Polio. *Canadian Medical Association Journal*. **194**(44):E1509.
97. **Quarleri J.** (2023). Poliomyelitis is a current challenge: long-term sequelae and circulating vaccine-derived poliovirus. *Geroscience*. **45**(2):707-717.
98. **Saleh A., Qamar S., Tekin A., Singh R. and Kashyap R.** (2021). Vaccine Development Throughout History. *Cureus*. **13**(7):e16635.
99. **Santhya K.G.** (2011). Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. **23**(5):334-339.
100. **Sapourides D., Topitsoglou V., Muronidis S. and Kotsanos N.** (2011). Caries experience among Greek Pomak children living in rural North-Eastern Greece: A cross-sectional study. *Balkan Journal of Stomatology*. **15**(1):15-23.
101. **Seta R.** (2023). Child marriage and its impact on health: a study of perceptions and attitudes in Nepal. *Journal of Global Health Reports*. **7**:e2023073.
102. **Sheikh A., Iqbal B., Ehtamam A.** et al. (2013). Reasons for non-vaccination in pediatric patients visiting tertiary care centers in a polio-prone country. *Arch Public Health*. **71**:19.
103. **Στούκας Μ.** (2023). Ρομά: Πόσοι είναι στην Ελλάδα σήμερα - Οι οικισμοί τους, οι ηλικίες και οι συνθήκες διαβίωσης. *Εφημερίδα Πρώτο Θέμα*.
104. **Στυλιανέση Ι.** (2021). Εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού των Ρομά του Νομού Ηλείας. Μεταπτυχιακή εργασία. *Π.Μ.Σ. Διοίκησης Μονάδων Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.
105. **Svensden I.W., Damgaard M.B., Bak C.K., Bøggild H., Torp-Pedersen C., Svendsen M.T. and Berg - Beckhoff G.** (2021). Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study. *Int J Public Health*. **66**:598083.

106. **Τασίκα Ε.** (2018). Η εμβολιαστική κάλυψη παιδιών προσχολικής ηλικίας στο πολεοδομικό συγκρότημα Θεσσαλονίκης. Μεταπτυχιακή εργασία. *ΠΜΣ Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία. Τμήμα Ιατρικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.*
107. **Tombat K.** and **van Dijk J.P.** (2020). Roma Health: An Overview of Communicable Diseases in Eastern and Central Europe. *Int J Environ Res Public Health.* **17**(20):7632.
108. **Toshkov D.** (2023). Explaining the gender gap in COVID-19 vaccination attitudes. *Eur J Public Health.* **33**(3):490-495.
109. **Τρουμπέτα Σ.** (2001). Κατασκευάζοντας ταυτότητες για τους μουσουλμάνους της Θράκης: Το παράδειγμα των Πομάκων και των Τσιγγάνων. Αθήνα. *Εκδ. Κριτική.*
110. **Tseha S.T.** (2021). Polio: The Disease that Reemerged after Six Years in Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* **31**(4):897-902.
111. **Turhan Z., Dilcen H.Y.** and **Dolu İ.** (2022). The mediating role of health literacy on the relationship between health care system distrust and vaccine hesitancy during COVID-19 pandemic. *Curr Psychol.* **41**:8147-8156.
112. **Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.** (2022). Καταγραφή οικισμών και πληθυσμού Ρομά σε εθνικό επίπεδο (έτους 2021). *Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.*
113. **Υπουργείο Υγείας.** (2022). Δελτίο τύπου: Ενημέρωση διαπιστευμένων συντακτών για το Εθνικό Σχέδιο εμβολιαστικής κάλυψης κατά της COVID-19, από την Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών **Μαρία Θεοδωρίδου** και τον Γ.Γ. Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας **Μάριο Θεμιστοκλέους** (21.02.2022). *Υπουργείο Υγείας.*
114. **Vorvolakos T., Arvaniti A., Serdari A.** and **Samakouri M.** (2021). The challenge of treating Roma outpatients in the Eastern Macedonia and Thrace region of Greece. *B J Psych Int.* **18**(3):58-60.
115. **Wagley C.** and **Marvin H.** (1958). *Minorities in the New World: Six Case Studies.* New York. *Columbia University Press.*
116. **Wirth L.** (1941). Morale and Minority Groups. *American Journal of Sociology.* **47**(3):415-433.
117. **Wolbert J.G., Rajnik M.** and **Higginbotham K.** (2024). Poliomyelitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). *StatPearls Publishing.*
118. **Woolf K., McManus I.C., Martin C.A., Nellums L.B., Guyatt A.L.** et al. (2021). UK-REACH Study Collaborative Group. Ethnic differences in SARS-CoV-2 vaccine hesitancy in United Kingdom healthcare workers: Results from the UK-REACH prospective nationwide cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* **9**:100180.
119. **World Health Organization.** (2024). 50th anniversary of the Expanded Programme on Immunization (EPI). Geneva. *Ed. WHO.*
120. **World Health Organization.** (2023). Polio (Pol3). Immunization coverage estimates by country. *Ed. WHO.*
121. **World Health Organization.** (2023). Poliomyelitis. Geneva. *Ed. WHO.*
122. **World Health Organization.** (2020). The global vaccine action plan 2011-2020: Review and lessons learned: strategic advisory group of experts on immunization. Geneva. *Ed. WHO.*
123. **World Health Organization.** (2014). Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva. *Ed. WHO.*
124. **Wu J., Xu D., Li Q.** et al. (2022). The association between lifestyle and COVID-19 vaccine hesitancy in China: a large-scale cross-sectional survey. *J Affect Disord.* **313**:92-99.



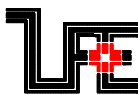
125. **Yagovkina N.V., Zheleznov L.M., Subbotina K.A., Tsaan A.A., Kozlovskaya L.I.** et al. (2022). Vaccination With Oral Polio Vaccine Reduces COVID-19 Incidence. *Front Immunol.* **13**:907341.
126. **Yin - Murphy M.** and **Almond J.W.** (1996). Picornaviruses. In: Baron S. (ed). Medical Microbiology. 4th ed. Galveston (TX). Chapter 53. *University of Texas Medical Branch at Galveston.*
127. **Zafeiris K.N.** and **Skiadas C.H.** (2015). Demographic and Health Indicators in the Pomaks of Rhodopi, Greece. In: **Manca R., McClean S.** and **Skiadas C.H.** (Eds). New Trends in Stochastic Modeling and Data Analysis. p. 419-428. *ISAST: International Society for the Advancement of Science and Technology.*
128. **Zhang X., Jaswal A.** and **Quint J.** (2023). Experience in Accessing Healthcare in Ethnic Minority Patients with Chronic Respiratory Diseases: A Qualitative Meta-Synthesis. *Healthcare (Basel).* **11**(24):3170.
129. **Ζεγκίνης Ε.** (1994). Οι μουσουλμάνοι Αθίγγανοι της Θράκης. Θεσσαλονίκη. *Ίδρυμα Μελετών Χερσονήσου Του Αίμου.*
130. **Zingg A.** and **Siegrist M.** (2012). Measuring people's knowledge about vaccination: developing a one-dimensional scale. *Vaccine.* **30**(25):3771-3777.

# FACTORS INFLUENCING POLIO VACCINE VACCINATION COVERAGE AMONG VULNERABLE POPULATIONS IN THE REGION OF THRACE, GREECE

***Varvara Kouvata, Eirini Tsanidou, Evangelia Nena, Christos Kontogiorgis  
and T.C. Constantinidis***

Program of Postgraduate Studies Primary Health Care, Social Medicine and Pharmaceutical Care, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Polio may not be as widespread today, nevertheless it remains an international public health concern. A vast amount of research reports that racial and ethnic minorities often show vaccine hesitancy, which means that they may be at increased risk for severe outcomes of different illnesses compared with general population. Over time, Roma and Pomak minorities face barriers in access to medical care. While there is a plethora of studies regarding Roma population of Greece, little is known about polio vaccination coverage and factors associated with its completion among Greek Pomaks. The research was conducted by the personal interview method, during which the researcher completed the anonymous questionnaire and checked vaccination records. Interviews took place on site at the Roma settlement of Alexandroupolis and the Pomak villages of Evros Prefecture. Among 215 adults who answered the questionnaire, 47,9% were older than age 45 years, while men and women were 121 (56,3%) and 94 (43,7%), respectively. There were 106 Roma (49,3%) and 109 Pomaks (50,9%), who answered questions regarding their vaccination status and showed vaccination records of their children. It was found that the vast majority of adult respondents (63.3%) was non-vaccinated and was lacking knowledge regarding polio and polio vaccine at rates of 87,0% and 95,3%, respectively. Regarding children, Pomaks had similar rates of completed polio vaccination compared with general population, 96,9% and 95%, respectively, while in Roma community vaccination rates decrease to 71,8%. The drivers of these lower rates are partly explained by accounting for sociodemographic differences. In conclusion the findings from this study suggest that, while polio vaccination coverage was high both among Pomak and Roma population, the knowledge regarding polio disease and polio vaccine was very rare.



## ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

### ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΚΑΙ ΤΗΣ Ε.Ε.

**Θεόδωρος Αγοραστός**

Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας  
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων.

*Περίληψη:* Προτάσεις της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV), που αναφέρονται στις προοπτικές για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα.

#### **A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) προσβάλλει πολύ συχνά τον άνθρωπο και η λοίμωξη από έναν ή περισσότερους «ογκογόνους» τύπους του HPV είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο σε διάφορα όργανα και στα δυο φύλα: τράχηλο μήτρας, στοματοφάρυγγα, πρωκτό, κόλπο, αιδοίο, πέος [1]. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ) είναι ο 4ος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως και παρά την ~60ετή εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου (Pap test) ως μεθόδου πρόληψης, η νόσος παραμένει ακόμα σημαντική αιτία θνητότητας για τις γυναίκες παγκοσμίως. Η γνώση της αιτιολογικής σχέσης του ΚΤΜ με την HPV λοίμωξη οδήγησε, ευτυχώς, κατά την τελευταία 15ετία, στην ανάπτυξη και εφαρμογή νέων, προηγμένων και αποτελεσματικών μεθόδων πρωτογενούς (HPV εμβολιασμός) και δευτερογενούς (HPV DNA test) πρόληψης.

Έτσι, το 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δήλωσε ότι ο ΚΤΜ μπορεί να εξαλειφθεί ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας (δηλ. να υπάρχουν <4 περιστατικά/100.000 γυναίκες/έτος), εάν όλες οι χώρες επιτύχουν μέχρι το 2030 τους στόχους «90-70-90» της Παγκόσμιας Στρατηγικής, δηλ.:

- 90% των κοριτσιών μέχρι 15 ετών να έχουν εμβολιασθεί πλήρως κατά της HPV μόλυνσης,
- 70% των γυναικών να έχουν εξετασθεί με HPV test σε ηλικία 35 ετών και ξανά σε ηλικία 45 ετών,
- 90% των γυναικών με (προ)καρκίνο τραχήλου μήτρας να τύχουν σωστής θεραπείας [2].

Παράλληλα, ο ΠΟΥ κοινοποίησε και τις νέες οδηγίες Προσυμπτωματικού Ελέγχου για την πρόληψη του ΚΤΜ, συστήνοντας την διενέργεια HPV DNA testing σε γυναίκες 30 ετών και άνω, ανά 5-10 έτη, και προτείνοντας ως αποδεκτή μέθοδο λήψης του δείγματος την αυτοδειγματοληψία - self-sampling [3].

Παράλληλα, το 2021 Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ) ανακοίνωσε το «Ευρωπαϊκό Σχέδιο Καταπολέμησης του Καρκίνου» (Europe's Beating Cancer Plan), το οποίο υιοθετεί την Παγκόσμια Στρατηγική του ΠΟΥ για την εξάλειψη του ΚΤΜ και προωθεί ως κύριες δράσεις τον HPV-εμβολιασμό και το HPV DNA testing ανά 5ετία σε γυναίκες 30-65 ετών, με αποδεκτή την αυτοδειγματοληψία [4, 5]. Κατά την τελευταία 7ετία, οι περισσότερες προηγμένες χώρες άλλαξαν και αλλάζουν τα υπάρχοντα Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου των γυναικών, με μετάβαση από την διενέργεια του τεστ Παπανικολάου στο νέο HPV DNA test. Η ηλικία έναρξης του ελέγχου στις περισσότερες χώρες τοποθετείται στα 25 ή 30 έτη, τα μεσοδιαστήματα ελέγχου στα 5-10 έτη και σε αρκετές χώρες προτείνεται επισήμως η αυτοδειγματοληψία (self-sampling) για την διενέργεια HPV DNA testing [6].

## **B. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, εναρμονιζόμενη με τις στρατηγικές του ΠΟΥ και της Ε.Ε., έχει τη δυνατότητα να προχωρήσει και αυτή σε μία στρατηγική με στόχο την πρόληψη ή και εξάλειψη των HPV-σχετιζόμενων νοσημάτων, ξεκινώντας από τον ΚΤΜ. Έχει υπολογισθεί, μάλιστα, ότι εάν η Ελλάδα επιτύχει τους στόχους του ΠΟΥ έως το 2030, είναι πιθανή η εξάλειψη του ΚΤΜ περί το 2047 [7]. Προς τον σκοπό αυτό, με πρωτοβουλία της Ελληνικής HPV Εταιρείας, 131 Επιστημονικοί και Επαγγελματικοί Φορείς, Ιδρύματα, Ενώσεις Ασθενών και Σύλλογοι Καρκινοπαθών από όλη σχεδόν την Ελλάδα, απηύθυναν αίτημα (2022) και έκκληση (2023) προς την Ελληνική Πολιτεία, όπως προβεί στις επιβεβλημένες ενέργειες, έτσι ώστε να επιτευχθούν και στην Ελλάδα το συντομότερο οι στόχοι της Παγκόσμιας Στρατηγικής του ΠΟΥ και της ΕΕ για το 2030 [8].

Επιπλέον πρωτοβουλίες της Ελληνικής HPV Εταιρείας, με συμμετοχή του Υπουργείου Υγείας και της Βουλής, όπως η εκδήλωση για την 3ετή επέτειο από την

έναρξη της *Παγκόσμιας Στρατηγικής* του ΠΟΥ για την εξάλειψη του ΚΤΜ (16.11.2023), καθώς και η Συζήτηση στην *Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων* της Βουλής για το ίδιο θέμα (31.01.2024), συνέβαλαν περαιτέρω στην ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση προς τον ίδιο σκοπό.

Το 2020, είχε ήδη ψηφισθεί ο Ν. 4675 για ένα 5ετές *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*, στο οποίο είχε ενταχθεί και το *Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης»*, που περιλαμβάνει προγράμματα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (Ν. 4675 Κεφ. Β, Άρθρο 4,1).

i. *Πρωτογενής πρόληψη* του ΚΤΜ (HPV εμβολιασμός): Η *Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών* (ΕΕΕ) εισήγαγε από το 2008 στο *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων* την ένδειξη για HPV εμβολιασμό των κοριτσιών και νέων γυναικών. Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες οδηγίες της ΕΕΕ (2024) ο HPV εμβολιασμός ενδείκνυται σήμερα σε κορίτσια και αγόρια 9-11 ετών – με δυνατότητα και προτροπή δωρεάν αναπλήρωσης μέχρι την ηλικία των 18 ετών (μέχρι 31.12.2025) – και σε ειδικές ομάδες αυξημένου κινδύνου ενηλίκων γυναικών και ανδρών. Παράλληλα, με Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις (ΚΥΑ) ρυθμίσθηκαν θέματα του *Εθνικού Μητρώου Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων* (Ν. 4600/2019, ΦΕΚ Α 43, Άρθ. 83Α) και δημιουργήθηκε το *Ηλεκτρονικό Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού* (ΦΕΚ Β 1761/2022) και εντάχθηκε στον *Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας*, το περιεχόμενο του οποίου τηρείται ισοβίως και είναι ενιαίο και υποχρεωτικό σε εθνικό επίπεδο (Ν. 4600/2019, Άρθ. 84, παρ. 2).

ii. *Δευτερογενής πρόληψη* του ΚΤΜ (HPV DNA testing, test Παπανικολάου): Τον Ιούλιο του 2022 ψηφίσθηκε ο Ν. 4958, το Άρθρο 36 του οποίου αναφέρεται στην Υλοποίηση Δράσης Δημόσιας Υγείας με τίτλο «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας». Κατόπιν, μετά την δημοσίευση ειδικότερων θεμάτων υλοποίησης και συμπληρωματικών διατάξεων καθώς και μετά από προσωρινή αναστολή της παραπάνω Δράσης, δημοσιεύθηκε τελικά στις 15 Μαρτίου 2024 η ΚΥΑ Αριθμ. 16076 (ΦΕΚ Τεύχος Β' 1724 /15.03.2024) [9], η οποία αναφέρεται στα Ειδικότερα θέματα υλοποίησης της Δράσης Δημόσιας Υγείας «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας». Ακολούθως, ανακοινώθηκε στις 26 Απριλίου 2024 από τον Πρωθυπουργό η έναρξη εφαρμογής του *Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου «Προλαμβάνω»*, το οποίο συμπεριλαμβάνει και πρόγραμμα πρόληψης του ΚΤΜ. Το Πρόγραμμα αυτό, που ελέγχθη ότι αφορά σε 2,5 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 21-65 ετών, προσφέρει δωρεάν τεστ Παπανικολάου για γυναίκες 21-29 ετών, μοριακό HPV DNA test για γυναίκες 30-65 ετών και κολποσκόπηση και βιοψία από εξειδικευμένο ιατρό για γυναίκες με παθολογικά ευρήματα, ξεκίνησε δε την 13η Μαΐου 2024 με την αποστολή σε γυναίκες των πρώτων σχετικών SMS.

iii. *Τριτογενής πρόληψη* του ΚΤΜ (Χειρουργική θεραπεία, ακτινο-χημειοθεραπεία): Ενώ οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας αντιμετωπίζονται κατά

κανόνα με σχετικά μικρές συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις, ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου απαιτεί συνήθως είτε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις είτε εξ αρχής εφαρμογή ακτινο-χημειοθεραπείας, σπανίως δε συνδυασμό αυτών. Είναι προφανές, ότι αυτού του είδους οι θεραπευτικές αντιμετώπισεις απαιτούν κατάλληλες και τεχνολογικά προηγμένες κλινικές, εργαστηριακές και ακτινοθεραπευτικές υποδομές, εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, σύγχρονη φαρμακευτική υποστήριξη και εξασφάλιση ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας. Στην Ελλάδα, οι παραπάνω υποδομές υπάρχουν σε 2-3 Αντικαρκινικά Νοσοκομεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και σε μικρό αριθμό Πανεπιστημιακών Κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, υφίστανται όμως ελλείψεις ως προς την αντίστοιχη κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της περιφέρειας της χώρας. Τις ελλείψεις αυτές καλύπτουν σε ένα βαθμό τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, τα οποία εδράζονται στα μεγάλα κέντρα.

Σχετικά με όλα τα παραπάνω, κατά την παρουσίαση του Προγράμματος «Προλαμβάνω» και ιδιαίτερα όσον αφορά στην πρόληψη του ΚΤΜ, έγινε εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας η εξής δήλωση: «Το πρόγραμμα *Προλαμβάνω* εντάσσεται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης και ολοκληρωμένης στρατηγικής για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος εκτός από τις δωρεάν προληπτικές εξετάσεις, περιλαμβάνει και δωρεάν εμβολιασμό κατά του ιού HPV. Η χώρα μας έχει υιοθετήσει τους στόχους του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που οφείλεται στον ιό HPV. Έτσι, βασική μας επιδίωξη είναι έως το 2030 να πετύχουμε: α) τον εμβολιασμό του 90% των κοριτσιών ηλικίας έως 15 ετών με το εμβόλιο κατά του ιού HPV, β) την αύξηση των εμβολιασμών των αγοριών, γ) τη συμμετοχή του 70% των γυναικών στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου (τα προγράμματα αυτά ξεκινούν τώρα και συνεχίζουν σε βάθος χρόνου, δεν γίνονται μια κι έξω) και δ) την πρόσβαση σε έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία για τουλάχιστον του 90% των γυναικών με προκαρκινικές αλλοιώσεις ή καρκίνο του τραχήλου που θα ανιχνευθούν από το πρόγραμμα» [10].

### **Γ. ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ HPV ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

Δεδομένου ότι, όπως δηλώνει ο ΠΟΥ, είναι η πρώτη φορά που η παγκόσμια κοινότητα είναι σε θέση να εξαλείψει έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους, είναι αυτονόητο ότι και η Ελλάδα πρέπει να συστρατευθεί με την διεθνή κοινότητα, ακολουθώντας τις οδηγίες του ΠΟΥ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής προς τον σκοπό αυτό. Η *Ελληνική HPV Εταιρεία* με το παρόν κείμενο καταθέτει τις θέσεις της σχετικά με την υπάρχουσα σήμερα κατάσταση στην χώρα μας ως προς τις προοπτικές επίτευξης του παραπάνω στόχου, δεδομένης της πρόσφατης κινητοποίησης της Πολιτείας προς αυτή την κατεύθυνση.

## 1. HPV εμβολιασμός

1. Είναι ασφαλώς θετικό το ότι από το 2008 στην Ελλάδα υπάρχει ο HPV εμβολιασμός στο *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών* της χώρας, με συνεχείς επικαιροποιήσεις εκ μέρους της ΕΕΕ. Τόσο η ένταξη του εμβολιασμού των αγοριών, όσο και η παράταση της δωρεάν αναπλήρωσης των δόσεων μέχρι το τέλος του 2025 αποτελούν επίσης θετικές παρεμβάσεις. Παραμένουν βέβαια θέματα προς βελτίωση, όπως η επέκταση του ηλικιακού εύρους προς δωρεάν αναπλήρωση του εμβολιασμού, έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνονται και οι νεαροί ενήλικες, π.χ. μέχρι των 25 ετών, σύμφωνα και με τις πρόσφατες (05.06.2024) οδηγίες της ΕΕ [11], οι οποίες υιοθετήθηκαν και από το Συμβούλιο της Ευρώπης (21.06.2024) [12], όπως επίσης και η διευκρίνιση από πλευράς της ΕΕΕ ότι υπάρχει ένδειξη για HPV εμβολιασμό και των ενηλίκων, ανδρών και γυναικών, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 45 ετών, χωρίς, βέβαια, απαίτηση οικονομικής αποζημίωσης από την Πολιτεία ή τα Ταμεία. Θετική εξέλιξη, ως προς αυτά τα θέματα, αποτελεί επίσης η πρόσφατη νομική κατοχύρωση της διενέργειας εμβολιασμών ενηλίκων στα Φαρμακεία (Ν. 5102/2024, Άρθρο 47).

2. Ο HPV-εμβολιασμός συμπεριλαμβάνεται από το 2008 στο *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών*, με διαδοχικές επικαιροποιήσεις των ενδείξεων και του πληθυσμού - στόχου από την ΕΕΕ. Δυστυχώς, η εμβολιαστική κάλυψη μέχρι σήμερα είναι χαμηλή (43,8% των κοριτσιών ηλικίας 11-14 ετών, σύμφωνα με αναφερόμενα στοιχεία της Η.ΔΙ.Κ.Α. από το 2021) [13], δηλ. αρκετά μακριά από τον στόχο 90% έως το 2030, που έχει θέσει ο ΠΟΥ. Το επί πλέον έλλειμμα στην εμβολιαστική κάλυψη λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού, βαίνει, βέβαια, βαθμιαία μειούμενο. Υπάρχουν, μάλιστα, ενθαρρυντικές ενδείξεις ότι κατά τα τελευταία 1-2 έτη, μετά την αναγνώριση της ένδειξης HPV εμβολιασμού και των αγοριών και την επέκταση της δωρεάν αναπλήρωσης μέχρι και το 2025, υπάρχει μια αυξανόμενη συμμετοχή στον γενικευμένο εμβολιασμό κατά του HPV, ανεξαρτήτως φύλου [14]. Δυστυχώς, όμως, δεν υπάρχουν πρόσφατα επίσημα στατιστικά στοιχεία εμβολιαστικής κάλυψης που να το επιβεβαιώνουν.

3. Παρά την σύμφωνα με τον νόμο υποχρεωτική ηλεκτρονική συμπλήρωση του Μητρώου Εμβολιασμών και του Ηλεκτρονικού Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού κατά τον εμβολιασμό, δεν έχει ληφθεί επαρκής μέριμνα για την τήρηση αυτής της επιταγής από τους Επαγγελματίες Υγείας, με αποτέλεσμα την απουσία επίσημων στατιστικών στοιχείων για την παρακολούθηση και αποτίμηση της εξέλιξης του Προγράμματος HPV Εμβολιασμού και τις πιθανές αναγκαίες βελτιωτικές παρεμβάσεις. Μάλιστα, έως το τέλος του 2024, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτίθεται να ζητήσει από το ECDC να παρουσιάσει τα διαθέσιμα εθνικά δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά κάλυψης του HPV εμβολιασμού στα κράτη μέλη της ΕΕ σε ειδικό πίνακα, μαζί με τις εθνικές μεθοδολογίες παρακολούθησης, τους δείκτες ποιότητας και τους σκοπούς και στόχους που πρέπει να επιτευχθούν [11].

Τι θα παρουσιάσει η Ελλάδα, δεδομένου ότι μέχρι σήμερα – 6 μήνες πριν το τέλος της προθεσμίας – δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου επίσημα δεδομένα από το Εθνικό Πρόγραμμα HPV Εμβολιασμού;

4. Είναι προφανές ότι η – μέχρι στιγμής ελλείπουσα – επίσημη σωστή ενημέρωση του ευρέος κοινού και ιδιαίτερα των γονέων και των εφήβων εκ μέρους της Πολιτείας για την σημασία και τα πολλαπλά οφέλη του HPV εμβολιασμού, είναι εκ των ων ουκ άνευ για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης και την προσέγγιση του στόχου του ΠΟΥ, σύμφωνα και με τις πρόσφατες σχετικές οδηγίες της ΕΕ προς τα κράτη - μέλη, οι οποίες συστήνουν την ενίσχυση στοχευμένων προσπαθειών επικοινωνίας και προβολής στο αντικείμενο αυτό [11]. Η ανάληψη αυτού του καθήκοντος ενημέρωσης του κοινού από μέρους μόνο των επαγγελματιών Υγείας είναι προφανές ότι δεν επαρκεί, παρ' όλες τις φιλότιμες προσπάθειες των τελευταίων, οι οποίες καταβάλλονται συνεχώς και αδιαλείπτως από πολλών ετών. Εξ άλλου, όπως αναφέρεται ρητά και στον Ν. 4675/2020 (Άρθρο 4,3Α, iiiγ) «...Αποτελεί υποχρέωση της Πολιτείας η προσωποποιημένη ενημέρωση ενός εκάστου πολίτη για τον χρόνο και τον τρόπο συμμετοχής του στα προαναφερόμενα Εθνικά Προγράμματα». Είναι, δε, σημαντικό να τονισθεί, ότι η ΕΕ προτείνει την «πλήρη αξιοποίηση των ευκαιριών χρηματοδότησης από τον προϋπολογισμό της Ένωσης για την εφαρμογή προγραμμάτων HPV εμβολιασμού, συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων επικοινωνίας για την προώθησή τους, για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας που συνδέονται με την πρόσβαση στον εμβολιασμό και τη διαθεσιμότητά του» – Σύσταση Αρ. 9 [11].

5. Το Υπουργείο Υγείας έχει δηλώσει ότι «έχει υιοθετήσει τους στόχους του ΠΟΥ για την εξάλειψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας και είναι βασική του επιδίωξη μέχρι το 2030 να έχει εμβολιαστεί το 90% των κοριτσιών ηλικίας μέχρι 15 ετών».10 Δεδομένου ότι, 16 χρόνια μετά από την εισαγωγή του HPV εμβολιασμού στο *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών* (2008) αυτή η εμβολιαστική κάλυψη ευρίσκεται στο 43,8%, παραμένει απορίας άξιο το πώς επιδιώκει η Πολιτεία να επιτευχθεί αυτός ο στόχος μέσα σε 5-6 χρόνια, εάν δεν αναληφθούν ανάλογες δράσεις προς τούτο εκ μέρους αυτής της ίδιας της Πολιτείας. Η συμμόρφωση προς τις πρόσφατες συστάσεις της ΕΕ [11], τις οποίες εξάλλου – σύμφωνα με δήλωση του Υπουργού Υγείας – υποστηρίζει και η ελληνική Πολιτεία [15], είναι σίγουρα ο πλέον σωστός δρόμος. [Το επιτυχημένο παράδειγμα της προώθησης του COVID-19 εμβολιασμού είναι ενδεικτικό].

## *II. Προσυμπτωματικός Έλεγχος γυναικών*

6. Κατ' αρχάς είναι πολύ θετικό ότι, έστω και με καθυστέρηση πολλών ετών, ξεκινάει και στην χώρα μας η οργάνωση και εφαρμογή ενός λεγόμενου *Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου* (ΕΠΠΕ) για ορισμένα νοσήματα με υψηλό νοσολογικό φορτίο, μεταξύ των οποίων και για τον καρκίνο του τραχήλου της



μήτρας (Ν. 4958/2022 και ΚΥΑ Αριθμ.16076) [9]. Είναι επίσης θετικό το ότι όλες οι διαδικασίες αυτής της πρωτοβουλίας υποστηρίζονται από τις εφαρμογές που προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία, όσον αφορά στην ψηφιακή διακυβέρνηση του όλου εγχειρήματος, μέσω διασύνδεσης του Συντονιστικού Οργάνου της Πολιτείας με την κάθε μεμονωμένη επιλέξιμη γυναίκα και κάθε συνδεδεμένο κλινικό ή εργαστηριακό Επαγγελματία Υγείας [16].

7. Ένα Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου, σύμφωνα με τις αρχές των *Wilson* και *Jungner* που πρεσβεύει ο ΠΟΥ και όλοι οι διεθνείς οργανισμοί «πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία και όχι ένα πρόγραμμα "μια κι έξω" ("not a once and for all project" - Principles of screening, No 10)» [17], δηλ. μια συνεχής εφαρμογή ενός Προγράμματος Πληθυσμιακού Ελέγχου σε μια χώρα, χωρίς ημερομηνία λήξης. Σύμφωνα όμως με τα αναφερόμενα στον Ν. 4958 και στην σχετική ΚΥΑ Αριθμ.16076 [9], το λεγόμενο *Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ΚΤΜ*, ως μέρος του Προγράμματος «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ», δεν αφορά σε ένα ολοκληρωμένο μακροπρόθεσμο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού για τον ΚΤΜ, αλλά πρόκειται τελικά μόνο για μια Δράση Δημόσιας Υγείας, η οποία βασίζεται σε περιορισμένη χρηματοδότηση από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας («RRF\_165: Συνολική Δημόσια Δαπάνη: 103.195.355,24€») και έχει περιορισμένη διάρκεια («Η Δράση άρχεται τον μήνα Απρίλιο 2024 και λήγει 31 Δεκεμβρίου 2025», ΗΔΙΚΑ - Πρόσκληση 08.04.2024, Α.Π. 3297, Κεφ. Α, 2) [16]. Αυτό σημαίνει ότι, για παράδειγμα, αν μια γυναίκα 35 ετών κληθεί τον Φεβρουάριο 2025, στο πλαίσιο αυτής της Δράσης, να κάνει ένα HPV DNA test και αυτό βγει αρνητικό, δεν υπάρχει καμία οδηγία για το τι θα κάνει αυτή η γυναίκα τα επόμενα χρόνια για την πρόληψη του ΚΤΜ. Βέβαια, εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας υπάρχει η διαβεβαίωση ότι «τα προγράμματα αυτά ξεκινούν τώρα και συνεχίζουν σε βάθος χρόνου, δεν γίνονται μια κι έξω» [10]. Παρ' όλα αυτά, δεν αναφέρεται σε κανένα Νόμο ή Απόφαση η εξασφάλιση της απαιτούμενης προς τον σκοπό αυτό χρηματοδότησης και η νομική και οργανωτική βάση μιας μακροχρόνιας, συνεχούς και *lege artis* εφαρμογής ενός *Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ΚΤΜ*.

8. Το Υπουργείο Υγείας έχει δηλώσει ότι «έχει υιοθετήσει τους στόχους του ΠΟΥ για την εξάλειψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας και είναι βασική του επιδίωξη μέχρι το 2030 να έχει συμμετάσχει στο Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου το 70% των γυναικών» [10]. Δεδομένου ότι η σχετική Δράση Δημόσιας Υγείας «*Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας*» λήγει στις 31.12.2025 (Ν. 4958/2022, ΚΥΑ 16076/2024) [9], πώς περιμένει η Πολιτεία να εξετασθεί το 70% των επιλέξιμων Ελληνίδων μέχρι το 2030 με το νέο σχήμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου; Είναι προφανές ότι η Δράση αυτή δεν έχει σχέση με την επίτευξη του στόχου του ΠΟΥ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η οποία μάλιστα ζητά να ελεγχθεί το 90% των επιλέξιμων γυναικών μέχρι το 2030 [4, 5]. Γι' αυτό, πιθανώς, στα κείμενα του Ν. 4958 και της ΚΥΑ 16076/2024 δεν γίνεται καμία

αναφορά στην παγκόσμια προσπάθεια που έχει αναληφθεί υπό την αιγίδα του ΠΟΥ και της ΕΕ με στόχο την εξάλειψη του ΚΤΜ [9].

9. Το Υπουργείο Υγείας έχει δηλώσει ότι «έχει υιοθετήσει τους στόχους του ΠΟΥ για την εξάλειψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας». 10. Παρ' όλα αυτά, ενώ στις νέες οδηγίες Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ΚΤΜ ο ΠΟΥ, αλλά και η ΕΕ, συστήνουν τη διενέργεια HPV DNA testing μόνο σε γυναίκες >30 ετών ανά 5-10 έτη [3], στις προτεινόμενες οδηγίες της Δράσης «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας» του Υπουργείου, προτείνεται επί πλέον και ο έλεγχος με Pap test των γυναικών 21-29 ετών και μάλιστα ανεξαρτήτως του εάν έχουν εμβολιασθεί κατά του HPV [9]. Δεδομένου, όμως, ότι ο κίνδυνος για ΚΤΜ σε νέες – τουλάχιστον 21-25 ετών – και μάλιστα εμβολιασμένες γυναίκες έχει αποδειχθεί πλέον ότι είναι εξαιρετικά χαμηλός, 0,0 - 0,5% [18, 19], ο αριθμός δε των γυναικών που εμβολιάζονται (πρόκειται να) αυξάνει καθημερινώς, δεν φαίνεται να πληρούνται πλέον τα κριτήρια, που πρεσβεύει ο ΠΟΥ και όλοι οι διεθνείς οργανισμοί, για ένδειξη εφαρμογής ενός Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου στις ηλικίες αυτές [17].

10. Το Υπουργείο Υγείας έχει δηλώσει ότι «έχει υιοθετήσει τους στόχους του ΠΟΥ για την εξάλειψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας» [10]. Όμως, παρά το γεγονός ότι ο ΠΟΥ, αλλά και η ΕΕ, προτείνουν την αυτοδειγματοληψία - self-sampling [3, 5, 6] ως αποδεκτή εναλλακτική μέθοδο λήψεως του κολποτραχηλικού δείγματος (το οποίο αποστέλλεται ακολούθως στο Εργαστήριο), στη Δράση του Υπουργείου δεν γίνεται καμία αναφορά σ' αυτή την προοπτική, η οποία εφαρμόζεται ήδη σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, στην Αυστραλία και πρόσφατα και στις ΗΠΑ. Και αυτό, παρόλο που στο *Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπίρος Δοξιάδης»* γίνεται αναφορά στην «ανάγκη εναρμόνισης προς τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών» (Ν. 4675/2020, Κεφ. Α, Άρθρο 2, 2α) και στην «θεμελίωση των δράσεων δημόσιας υγείας σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θέσεις» (Ν. 4675/2020, Κεφ. Α, Άρθρο 2, 2β).

11. Σύμφωνα με τις ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας, η συμμετοχή στην Δράση των γυναικών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας θα διασφαλισθεί με την αποστολή εκεί *Κινητών Μονάδων Υγείας* - ΚΟΜΥ (Ν. 4950/2022, Άρ. 52 και Ν. 5102/2024, Άρ. 5) με σκοπό την διενέργεια δειγματοληψιών για Pap test ή HPV DNA test. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στο πλαίσιο της Δράσης αυτές οι δειγματοληψίες μπορούν να γίνουν μόνο από γυναικολόγο ή κυτταρολόγο ιατρό. Δεδομένου ότι είναι αμφιλεγόμενο αν όλες οι ΚΟΜΥ θα είναι στελεχωμένες με γυναικολόγο ή κυτταρολόγο ιατρό, τίθεται το ερώτημα πού θα απευθύνονται οι επιλέξιμες γυναίκες που θα ειδοποιούνται με SMS για να ελεγχθούν και πόσο χρόνο, κόπο και χρήματα θα πρέπει να καταβάλουν για να βρουν συμβεβλημένη *Μονάδα Φροντίδας Υγείας* (ΜΦΥ) όπου θα μπορεί να γίνει η λήψη του δείγματος; Εάν, τελικά, δεν επιτραπεί ούτε σε Μαίες – που πιθανόν στελεχώσουν τις ΚΟΜΥ – η λήψη του κολποτραχηλικού δείγματος, είναι προφανές ότι η μόνη μέθοδος που μπορεί να λύσει απλά, σύγχρονα, αποδεκτά και με ελάχιστο κόστος αυτό το

πρόβλημα είναι η προτεινόμενη από τον ΠΟΥ και την ΕΕ μέθοδος της αυτοδειγματοληψίας - self sampling [3, 5, 6], (κατά την οποία την συσκευή λήψης, μαζί με οδηγίες, θα παραλαμβάνει η γυναίκα είτε ταχυδρομικώς [20], είτε μέσω του Φαρμακείου [21], είτε από την Μαία στο Κέντρο Υγείας ή στο σπίτι της [22]).

12. Στο πλαίσιο της Δράσης «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας», σύμφωνα με τον Ν. 4958/2022 και την ΚΥΑ Αριθμ.16076,9 η λήψη κολποτραχηλικού δείγματος από μια γυναίκα για την διενέργεια Pap test ή HPV DNA test μπορεί να γίνει μόνο από γυναικολόγο ή κυτταρολόγο ιατρό. Στα περισσότερα Κέντρα Υγείας της περιφέρειας – ιδιαίτερα των νησιών – δεν υπηρετεί γυναικολόγος ή κυτταρολόγος ιατρός. Συχνά, όμως, σ' αυτά τα Κέντρα Υγείας υπηρετούν Μαίες, στα αναγνωρισμένα καθήκοντα των οποίων, εδώ και πολλά χρόνια, είναι και η λήψη κολποτραχηλικού υλικού για τη διενέργεια Pap test (Π.Δ. 351/1989, ΦΕΚ 159/Α/14.06.1989, Άρ. 2, 2.1.7). Δεδομένου ότι η διαδικασία λήψης υλικού για Pap test είναι ακριβώς η ίδια με αυτή για HPV DNA test, είναι απορίας άξιο, γιατί έχουν αποκλεισθεί οι Μαίες από την συμμετοχή τους στην εν λόγω Δράση, την στιγμή που θα μπορούσαν να προσφέρουν τις ειδικές υπηρεσίες τους, τουλάχιστον σε περιπτώσεις απουσίας ιατρών ειδικότητας γυναικολογίας ή κυτταρολογίας.

13. Σύμφωνα με τον Ν. 4958/2022 και την ΚΥΑ Αρ. 16076 [9], η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. κάλεσε τα δημόσια και ιδιωτικά εργαστήρια ανάλυσης, τα οποία πληρούν τις αντίστοιχες προδιαγραφές για διενέργεια HPV-DNA TEST, να συμμετάσχουν στην Δράση [16]. Προβλέπεται, μάλιστα, – «με βάση τον πληθυσμό και τις ανάγκες κάθε περιφέρειας» [9] – να υπάρχει μέχρι 1 εργαστήριο ανάλυσης για κάθε μία από τις περιφέρειες (ΥΠΕ) εκτός Αττικής και Κ. Μακεδονίας. Δεν γίνεται, βέβαια, σαφές, ποιος θα είναι ο ρόλος (αν υπάρχει) της κάθε ΥΠΕ ως δημόσιου φορέα, εκπροσώπου της Πολιτείας, πώς θα «καλύπτονται οι ανάγκες» σε περίπτωση έλλειψης εργαστηρίου ανάλυσης σε μια ΥΠΕ, με ποια κριτήρια θα γίνεται σε μια δημόσια ΜΦΥ η επιλογή εργαστηρίου ανάλυσης σε άλλο γεωγραφικό διαμέρισμα, αν θα είναι η διεύθυνση της αντίστοιχης ΥΠΕ ή τα εκάστοτε διευθυντεύοντα άτομα υπόλογοι για την συμμετοχή στην Δράση μιας δημόσιας ΜΦΥ (π.χ. ενός Κέντρου Υγείας, ενός Περιφερειακού Ιατρείου ή των Εξωτερικών Ιατρείων ενός Νοσοκομείου), όπως επίσης και αν σε μία κρατική δομή με προϋπολογισμό (π.χ. Νοσοκομείο) μπορεί να προβλεφθεί δαπάνη για προμήθεια του προβλεπόμενου εργαστηριακού εξοπλισμού, με στόχο την συμμετοχή στην Δράση.

14. Στον Ν. 4958/2022 και την ΚΥΑ Αρ. 16076 [9] δεν γίνεται αναφορά ως προς τις υποχρεωτικές συνθήκες κατά τη μεταφορά των δειγμάτων από την Μονάδα Φροντίδας Υγείας, όπου έγινε η λήψη, έως το Εργαστήριο, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η κατάσταση και η ποιότητα του προς εξέταση υλικού. Έτσι, δεν αναφέρονται θέματα χρόνου μεταφοράς στο εργαστήριο, συνθήκες συσκευασίας, θερμοκρασίας, ασφάλειας κ.λπ. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να

διασφαλισθεί η ποιότητα του υλικού, ειδικά όταν μεταφέρεται ένα δείγμα, για παράδειγμα, από ένα νησί σε ένα εργαστήριο της Αθήνας.

15. Στο πλαίσιο των λεπτομερειών της Δράσης, είναι θετικό το ότι ο αριθμός των Μοριακών Εργαστηρίων για όλη τη χώρα διατηρήθηκε σχετικά μικρός, ότι επιλέχθηκαν προδιαγραφές για HPV DNA tests εγκεκριμένα από τον ΠΟΥ, την FDA (ΗΠΑ) και από διαδικασίες ελέγχου άλλων προηγμένων στον τομέα αυτό χωρών. Ορισμένες, βέβαια, προδιαγραφές στην Ελλάδα περιορίζουν κατά πολύ – και όχι πάντα δικαιολογημένα – τις επιλογές μεταξύ των διαφόρων HPV DNA tests που διατίθενται στην αγορά. Επίσης, είναι θετικό ότι όλες οι διενεργούμενες πράξεις στο πλαίσιο αυτής της Δράσης είναι δωρεάν για τις γυναίκες (εκτός, ίσως, της χειρουργικής θεραπείας, εάν αυτή τελικά θεωρηθεί ενδεδειγμένη). Μένει να διαπιστωθεί εάν τελικά εντός των επόμενων περίπου 18 μηνών ο αριθμός των γυναικών που θα συμμετάσχουν στην Δράση αυτή θα είναι ο υπολογιζόμενος από το υπουργείο Υγείας και θα υπάρξει έστω αυτό το περιορισμένης διάρκειας όφελος για τον γυναικείο πληθυσμό της Ελλάδας.

16. Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά την παρέλευση αρκετού χρόνου από την δημοσίευση (08.04.2024) της Πρόσκλησης [16] της Η.Δι.Κ.Α. προς τις «Α) Δημόσιες και ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Υγείας να δηλώσουν συμμετοχή για την υλοποίηση του έργου Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας και Β) τα Δημόσια και ιδιωτικά εργαστήρια ανάλυσης HPV-DNA TEST να ενταχθούν στη λίστα των εγκεκριμένων εργαστηρίων ανάλυσης HPV-DNA TEST του έργου *Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας*, ο αριθμός των ΜΦΥ (ιατρών και Εργαστηρίων) που ανταποκρίθηκαν στην Πρόσκληση και προχώρησαν στην αντίστοιχη σύμβαση με την Πολιτεία είναι σχετικά μικρός, ιδιαίτερα στην περιφέρεια της χώρας. Ως πιθανές αιτίες μπορούν να αναφερθούν η ανάγκη περαιτέρω διευκρινίσεων σχετικά με ορισμένες διαδικασίες της Δράσης, η σύγχυση ως προς τις απαιτήσεις πλήρωσης προδιαγραφών από πλευράς των Εργαστηρίων, αλλά και των ιατρών, η σύγχυση ως προς τις αρμοδιότητες εκτέλεσης ιατρικών πράξεων και των αντίστοιχων τελικών οικονομικών διευθετήσεων, καθώς και η έλλειψη πλήρους και λεπτομερούς ενημέρωσης των Επαγγελματιών Υγείας από την Πολιτεία.

17. Σύμφωνα με τον Ν. 4958/2022 και την ΚΥΑ Αρ.16076, “Αρμόδια για την κατάρτιση, το συντονισμό και την εποπτεία της Δράσης, είναι η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας” και “Η Δράση υλοποιείται από την ΗΔΙΚΑ Α.Ε.” – ΚΥΑ Αρ. 16076, Άρ. 1, παρ. 2 και 3 [9]. Πέραν του γεγονότος, ότι εδώ κατ’ ουσίαν πρόκειται για την υλοποίηση μιας Δράσης Δημόσιας Υγείας με περιορισμένη χρηματοδότηση και διάρκεια και όχι για ένα συνεχές μακροχρόνιο χρηματοδοτούμενο ΕΠΠΕ (βλ. 7), το παράδειγμα άλλων προηγμένων στον τομέα αυτό χωρών δείχνει ότι για την πληρέστερη εποπτεία, συντονισμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση ενός ΕΠΠΕ για καρκίνο τραχήλου μήτρας και παράλληλα ενός Προγράμματος HPV εμβολιασμού, είναι δόκιμη η σύσταση ενός Συντονιστικού

Οργάνου / Φορέα, αρμόδιου μόνο για το αντικείμενο αυτό, π.χ. *Australian Centre for Prevention of Cervical Cancer, Swedish National Cervical Screening Registry and Center for Cervical Cancer Elimination, CervicalScreen Norway, The NHS Cervical Screening Programme UK, Italian Group for Cervical Cancer Screening (GISCI), Action Plan to Eliminate Cervical Cancer in Canada*. Με βάση συστήματα συλλογής δεδομένων και με την χρήση βασικών και επί μέρους δεικτών παρακολούθησης και ποιότητας το Συντονιστικό αυτό Όργανο θα παράγει και θα κοινοποιεί ετησίως τα αποτελέσματα της όλης προσπάθειας για επίτευξη του στόχου του ΠΟΥ και της ΕΕ για εξάλειψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας.

### *III. Θεραπευτική αντιμετώπιση των γυναικών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.*

18. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου απαιτεί συνήθως είτε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις είτε εξ αρχής εφαρμογή ακτινοχημιοθεραπείας, σπανίως δε συνδυασμό αυτών. Αυτού του είδους οι θεραπευτικές αντιμετώπισεις απαιτούν κατάλληλες και τεχνολογικά προηγμένες κλινικές, εργαστηριακές και ακτινοθεραπευτικές υποδομές, κατάλληλη φαρμακευτική υποστήριξη, εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό και εξασφάλιση ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας. Στην Ελλάδα, οι παραπάνω υποδομές υπάρχουν μεν σε 2-3 Αντικαρκινικά Νοσοκομεία και σε μικρό αριθμό Πανεπιστημιακών Κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, υφίστανται όμως ελλείψεις ως προς την αντίστοιχη κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της περιφέρειας της χώρας. Ως εκ τούτου – και ανεξαρτήτως της παροχής ανάλογης φροντίδας υγείας από τον ιδιωτικό φορέα – για την επίτευξη του στόχου του ΠΟΥ, δηλ. τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση και περαιτέρω φροντίδα του 90% των γυναικών με ΚΤΜ μέχρι το 2030, απαιτείται η ανάπτυξη σύγχρονων δημόσιων Ογκολογικών Κέντρων που να καλύπτουν τις αντίστοιχες ανάγκες σε όλη την επικράτεια.

### **Δ. ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΗΡV ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

1. Είναι πολύ θετική η δωρεάν εφαρμογή του HPV-εμβολιασμού σε κορίτσια και αγόρια >9 ετών στην Ελλάδα. Αναγκαία η επέκταση της δωρεάν χορήγησης σε ενήλικες <26 ετών και η επέκταση της ένδειξης εμβολιασμού – χωρίς αποζημίωση – και σε ενήλικες <45 ετών.
2. Η εμβολιαστική κάλυψη μέχρι σήμερα είναι χαμηλή και αρκετά μακριά από τον επιδιωκόμενο στόχο του ΠΟΥ και της ΕΕ να έχει εμβολιασθεί μέχρι το 2030 το 90% των κοριτσιών <15 ετών.
3. Αναγκαία η λήψη μέριμνας εκ μέρους της Πολιτείας για την υποχρεωτική, κατά τον εμβολιασμό, ηλεκτρονική συμπλήρωση του *Μητρώου Εμβολιασμών* και του *Ηλεκτρονικού Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού*.

4. Αναγκαία η επίσημη, εκ μέρους της Πολιτείας, σωστή ενημέρωση του ευρέος κοινού και ιδιαίτερα των γονέων και των εφήβων για την σημασία και τα πολλαπλά οφέλη του HPV εμβολιασμού, με στοχευμένες προσπάθειες επικοινωνίας και προβολής για την προώθησή του.
5. Αναγκαία η πλήρης συμμόρφωση προς τις πρόσφατες συστάσεις της ΕΕ για την επίτευξη του στόχου του ΠΟΥ και της ΕΕ, να έχει εμβολιασθεί μέχρι το 2030 το 90% των κοριτσιών ηλικίας <15 ετών.
6. Είναι πολύ θετική η επιδίωξη εφαρμογής ενός λεγόμενου Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο τραχήλου μήτρας για πρώτη φορά στην Ελλάδα, και μάλιστα με ψηφιακή υποστήριξη.
7. Το αναφερόμενο ως *Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου* είναι μόνο μια ΔΡΑΣΗ Δημόσιας Υγείας, με περιορισμένη διάρκεια και περιορισμένη χρηματοδότηση.
8. Στο πλαίσιο αυτής της Δράσης, είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί μέχρι το 2030 ο επιδιωκόμενος στόχος του ΠΟΥ και της ΕΕ να συμμετάσχει σε προσυμπτωματικό έλεγχο μέχρι το 2030 το 70-90% των επιλέξιμων γυναικών.
9. Λόγω της συνεχώς αυξανόμενης εμβολιαστικής κάλυψης, δεν φαίνεται να πληρούνται πλέον τα κριτήρια για ένδειξη εφαρμογής ενός Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο τραχήλου μήτρας σε νέες γυναίκες (τουλάχιστον <25 ετών).
10. Σε ένα μελλοντικό πλήρες Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι σκόπιμο να ενσωματωθεί η αποδεκτή από τον ΠΟΥ και την ΕΕ μέθοδος της *αυτοδειγματοληψίας* (self-sampling) για την διενέργεια HPV DNA testing
11. Η εφαρμογή της αυτοδειγματοληψίας (self-sampling) για τις γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές είναι μάλλον πιο αποτελεσματική, αποδεκτή και φθηνή σε σύγκριση με την αποστολή των Κινητών Μονάδων Υγείας.
12. Δεν πρέπει να αποκλεισθούν οι Μαίες από την δυνατότητα λήψης των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων από τις γυναίκες για διενέργεια Pap test ή HPV DNA test.
13. Δεν είναι σαφής ο ρόλος (αν υπάρχει) της κάθε ΥΠΕ ως δημόσιου φορέα, υπευθύνου για όλες τις μικρές ή μεγάλες δημόσιες Μονάδες Φροντίδας Υγείας, όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της κάθε περιφέρειας μέσω συμμετοχής στη Δράση.
14. Δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες, όσον αφορά στις υποχρεωτικές συνθήκες κατά την μεταφορά των δειγμάτων από τη Μονάδα Φροντίδας Υγείας, όπου έγινε η λήψη, έως το Εργαστήριο, έτσι ώστε να διασφαλισθεί η κατάσταση και η ποιότητα του προς εξέταση υλικού.
15. Είναι πολύ θετικό ότι όλες οι διενεργούμενες πράξεις στο πλαίσιο της Δράσης είναι δωρεάν για τις γυναίκες. Είναι επίσης θετικό το ότι ο αριθμός των Μοριακών Εργαστηρίων για όλη τη χώρα διατηρήθηκε σχετικά μικρός και ότι επιλέχθηκαν

προδιαγραφές για HPV DNA tests εγκεκριμένα από διεθνείς οργανισμούς (ορισμένες όχι πλήρως δικαιολογημένες).

16. Η έλλειψη πλήρους και λεπτομερούς ενημέρωσης των Επαγγελματιών Υγείας από την Πολιτεία και η σύγχυση ως προς τις προδιαγραφές, τις αρμοδιότητες εκτέλεσης ιατρικών πράξεων και τις οικονομικές διευθετήσεις, ευθύνονται για τη μικρή, μέχρι σήμερα, ανταπόκριση των Επαγγελματιών Υγείας στην Πρόσκληση της Δράσης.

17. Προτείνεται η σύσταση ενός Συντονιστικού Οργάνου / Φορέα για την πληρέστερη εποπτεία, συντονισμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση των δράσεων των Προγραμμάτων HPV-εμβολιασμού και Προσυμπτωματικού Ελέγχου για την εξάλειψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας.

18. Απαιτείται η ανάπτυξη σύγχρονων δημόσιων Ογκολογικών Κέντρων που να καλύπτουν τις ανάγκες για ολοκληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και ανακουφιστική φροντίδα των γυναικών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε όλη την επικράτεια.

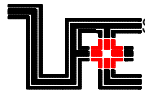
Συμπερασματικά, είναι πράγματι πολύ θετική η όλη προσπάθεια που ανέλαβε η Ελληνική Πολιτεία κατά τα τελευταία έτη με στόχο την ελάττωση της επίπτωσης και της θνησιμότητας του καρκίνου τραχήλου μήτρας στον γυναικείο πληθυσμό της χώρας. Η έγκαιρη υιοθέτηση και εφαρμογή του HPV εμβολιασμού στην Ελλάδα καθώς και η προσπάθεια, για πρώτη φορά, της οργάνωσης ενός Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας, αποτελούν τα ληφθέντα αναγκαία μέτρα για να συμπορευθεί η χώρα στην παγκόσμια προσπάθεια για εξάλειψη αυτής της νόσου. Προς τον σκοπό αυτόν, βέβαια, και πάντα σε συντονισμό με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, είναι δόκιμο οι θετικές αυτές πρωτογενείς αποφάσεις να συνοδευτούν και από επιπλέον διευθετήσεις, πολλές εκ των οποίων είναι δυνατόν να τακτοποιηθούν άμεσα (παρ. βλ. 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 17), άλλες δε εν ευθέτω χρόνω.

## **E. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

1. **WHO.** (2024). [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
2. **WHO.** (2024). <https://www.who.int/publications/item/9789240014107>
3. **WHO.** (2021). <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer>
4. **European Commission.** (2024). <https://health.ec.europa.eu/latest-updates/updated-europes-beating-cancer-plan-implementation-roadmap-2024-02-26>
5. **Council of the European Union.** (2022). <https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j9vvik7m1c3gyxp/vlyk8vtv4uzt>
6. **Serrano et al.** (2022). Worldwide use of HPV self-sampling for cervical cancer screening. *Prev Med.* **154**:106900
7. **Skroumpelos A.** (2023). If WHO and EU guidelines are implemented, when could cervical cancer be eliminated in Greece? - A modelling study. Presented at: *11th Meeting of the Hellenic HPV Society*, 10-11 June 2023. Virtual conference.
8. **Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων.** (2023). <https://bit.ly/3jbRIVk>
9. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2024). Ειδικότερα θέματα υλοποίησης της Δράσης δημόσιας υγείας «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας». [https://testpap.gov.gr/wp-content/uploads/2024/04/KYA-16\\_03\\_2024.pdf](https://testpap.gov.gr/wp-content/uploads/2024/04/KYA-16_03_2024.pdf)
10. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2024). <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/12378-paroyasiash-toy-ethnikoy-programmatosprosymptomatikoy-elegxoy-laquo-prolambanw-raquo>
11. **Council of the European Union.** (2024). <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10128-2024-INIT/en/pdf>
12. **Council of the European Union.** (2024). <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2024/06/21/council-adopts-recommendation-to-help-combat-vaccinepreventable-cancers/>
13. **Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών.** (2024). Σύσταση για τον εμβολιασμό αγοριών και κοριτσιών έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/emboliasmoi/ethniko-programma-emboliasmwn-epe-paidiwn-kaiefhbwn/10314-systash-ths-ethnikhs-epitrophs-emboliasmwn-gia-ton-emboliasmo-agoriwn-kai-koritsiwn-enanti-toy-iou-iotywn-anthrwpinwthhlwmatwn?fdl=22621>
14. **Health Daily.** (2024). <https://healthdaily.gr/2024/02/05/epektasi-tou-dorean-hpv-emvoliasmou-gia-agoria-kai-koritsia-15-18-eton-eos-kai-to-2025/>
15. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2024). <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/12530-dhlwsh-toy-yποργoy-adwni-gewrgiadh-sto-symbolioypoyrgwn-ygeias-ths-ee>
16. **Ελληνική Δημοκρατία.** (2024). <https://testpap.gov.gr/wpcontent/uploads/2024/04/Πρόσκληση.pdf>
17. **WHO.** (2020). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf>
18. **Inturrisi et al.** (2022). Risk of cervical precancer among HPV-negative women in the Netherlands and its association with previous HPV and cytology results: A follow-up analysis of a randomized screening study. *PLoS Med.* **19**(10):e1004115.



19. **Palmer TJ** et al. 2024. Invasive cervical cancer incidence following bivalent human papillomavirus vaccination: a population-based observational study of age at immunization, dose, and deprivation. *JNCI*. **116**(6):857-865, <https://doi.org/10.1093/jnci/djad263>
20. **Rebolj M** et al. 2023 Widening the offer of human papillomavirus self-sampling to all women eligible for cervical screening: Make haste slowly. *Int J Cancer*. **153**(1):8-19. doi: 10.1002/ijc.34358
21. **Pharmaceutical Group of the European Union**. (2024). <https://www.linkedin.com/company/pgeu>
22. **Dutton T** et al. (2020). Uptake and acceptability of human papillomavirus self-sampling in rural and remote aboriginal communities: evaluation of a nurse-led community engagement model. *BMC Health Serv Res*. **20**:398.

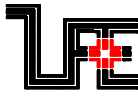


*ARTICLE OF GENERAL INTEREST*  
**POSITIONS OF THE HELLENIC SOCIETY  
ON RESEARCH AND TREATMENT  
OF HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV)  
ON THE PROSPECTS FOR ELIMINATION  
OF CERVICAL CANCER IN GREECE  
ACCORDING TO THE GUIDELINES  
OF W.H.O. AND E.U.**

*Theodoros Agorastos*

Professor of Obstetrics and Gynecology  
President of the Hellenic Society for Research and Treatment of the Human Papilloma Virus.

*Abstract:* Proposals of the *Hellenic Society for Research and Treatment of the Human Papilloma Virus (HPV)*, referring to the prospects for the eradication of cervical cancer in Greece.



## ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΑΡΑΓΕ ΚΑΤΑΡΓΟΥΝΤΑΙ ΟΚΤΑΩΡΟ ΚΑΙ ΠΕΝΘΗΜΕΡΟ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΠΟΥ ΙΣΧΥΕΙ ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ 24:7:365;

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης



Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγητής Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθυντής του Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Κοσμήτορας της Σχολής Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Η συζήτηση ξεθύμανε πλέον για την «προδιαγεγραμμένη κατάργηση» οκτάωρου και πενήμερου, με αφορμή μία ερμηνευτική εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για την εφαρμογή της ψηφιακής κάρτας εργασίας από 01.07.2024 στη βιομηχανία, σύμφωνα με το Ν. 4808 (ΦΕΚ Α 158/26.09.2023) και τα άρθρα 25 και 26 του Ν. 5053/2023 (ΦΕΚ Α 158/26.09.2023), που δίνουν τη δυνατότητα απασχόλησης και κατά την έκτη μέρα σε επιχειρήσεις συνεχούς λειτουργίας (με μονομερή απόφαση της εργοδοσίας) παρότι εφαρμόζεται σύστημα πενήμερης εβδομαδιαίας εργασίας.

Πολύ προτού οι κοινωνικές δομές, πρωτίστως των μεγαλουπόλεων, αρχίσουν να λειτουργούν για 24 ώρες καθημερινά (ακόμα και τα σαββατοκύριακα) αδιαλείπτως καθόλη τη διάρκεια του έτους (χωρίς διόλου διακοπές), δηλαδή κατά το πρότυπο 24/7/365, δύο τομείς είχαν ήδη τη συνεχή λειτουργία καθιερωμένη: η *βιομηχανία* και η *υγεία*. Χώροι εργασίας οικείοι για τους Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας και Περιβάλλοντος. Αυτό όμως δεν σήμαινε ότι είχε καταργηθεί ούτε το οκτάωρο, ούτε το πενθήμερο. Ωστόσο, η εμπειρία του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων είναι εξαιρετικά αρνητική, δεδομένων των παραβιάσεων της «ισχύουσας νομοθεσίας» (εθνικής και κοινοτικής) από το ίδιο το κράτος. Οι προβλεπόμενες εφημερίες είναι στην πράξη υποχρεωτικές, ενώ η *χορήγηση ημέρας ανάπαυσης* (ρεπό) σπάνια εφαρμόζεται, καταργώντας έτσι το οκτάωρο και το πενθήμερο. Πρακτικά στον υγειονομικό τομέα, για λόγους ευρυθμίας του συστήματος, είναι σαφές ότι γίνεται σαφής παραβίαση των κανόνων. Αντίστοιχα στον ιδιωτικό τομέα οι «*υποχρεωτικές*» *υπερωρίες* ήταν και παραμένουν ο κανόνας, τουλάχιστο στην Ελλάδα.

Πέραν των επισημάνσεων αυτών, επίσης προ πολλού είχαν εφαρμοσθεί στην παραγωγή τα πρότυπα της *εργασίας με το κομμάτι*, που συχνά γινόταν στο σπίτι, ενώ στην περίοδο της πανδημίας η *τηλεργασία* άνοιξε νέους δρόμους... Ιστορικά, για τέτοιους λόγους το *Διεθνές Γραφείο Εργασίας* από τη δεκαετία του 1970 είχε επισημάνει ότι οι νέες μορφές απασχόλησης, που συχνά καταργούσαν το οκτάωρο και το πενθήμερο, οδηγούσαν επίσης συχνά σε πλημμελή εφαρμογή των κανόνων Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας, που είχαν διαμορφωθεί με βάση *επαγγελματικές εκθέσεις* για εργασία οκτάωρου και πενθήμερου. Είναι κλασικό το παράδειγμα των *οριακών τιμών έκθεσης σε παράγοντες επαγγελματικής επικινδυνότητας*, οι οποίες βέβαια υπολογίζονταν λαμβάνοντας υπόψη το συγκεκριμένο πρότυπο εργασίας.

Επανεστιάζοντας στο ζήτημα της «προδιαγεγραμμένης κατάργησης» οκτάωρου και πενθήμερου, με αφορμή την ερμηνευτική εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για την εφαρμογή της *Ψηφιακής Κάρτας Εργασίας*, το θέμα ξεκίνησε ως εξής: από 01.07.2024 στη βιομηχανία, σύμφωνα με το Ν. 4808 (ΦΕΚ Α 158/26.09.2023) και τα άρθρα 25 και 26 του Ν. 5053/2023 (ΦΕΚ Α 158/26.09.2023), δίνεται η δυνατότητα απασχόλησης του εργατικού δυναμικού και κατά την έκτη μέρα στις επιχειρήσεις που έχουν «συνεχή λειτουργία», με μονομερή απόφαση της εργοδοσίας, παρότι εφαρμόζουν σύστημα πενθήμερης εβδομαδιαίας εργασίας. Πολιτικά, οι εμπλεκόμενοι Υπουργοί επισήμαναν ότι το καθεστώς των υπερωριών που κατά παρέκκλιση της νομοθεσίας ίσχυε στην αγορά εργασίας, με την εφαρμογή της *Ψηφιακής Κάρτας Εργασίας* και την ισχύουσα πλέον νέα νομοθεσία, θα είναι ελεγχόμενο και έτσι θα εξορθολογισθεί. Η διάσταση Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας δεν λήφθηκε διόλου υπόψη... Ούτε, ωστόσο, οι ενασχολούμενοι με την Επαγγελματική Υγεία έθεσαν τη διάσταση αυτήν... Η κρίση στην Ιατρική Εργασία και Περιβάλλοντος είναι πλέον τόσο βαθιά, που δεν μπορεί να περιμένει κανείς διαφορετική συμπεριφορά. Γιατί, άραγε, είχαν εφαρμοσθεί οκτάωρο και πενθήμερο; Είχε να κάνει κάτι τέτοιο με την ευεξία των εργαζόμενων, που συνδέεται άρρηκτα και

με την υγεία τους; (Οδηγώντας έτσι σε βελτίωση των συνθηκών εργασίας και σε ποιοτική παραγωγικότητα, σύμφωνα με τη θεώρηση μίας *άλλης εργοδοσίας* και ενός *άλλου κρατικού μηχανισμού*, που φαίνεται ότι δεν υφίστανται πιά).

Αλλωστε, η αρχικά έντονη συζήτηση περί «προδιαγεγραμμένης κατάργησης» οκτάωρου και πενθήμερου, πολύ γρήγορα εκτονώθηκε, παρά τις εντός του θέρους ασκήσεις επαναστατικής γυμναστικής των συνδικάτων. Επιπροσθέτως, ελάχιστες αντιδράσεις διατυπώθηκαν στο γεγονός ότι σύμφωνα με το νόμο (πλέον) παρέχεται η δυνατότητα απασχόλησης (υποχρεωτικά) του εργατικού κατά την έκτη μέρα σε όλες τις επιχειρήσεις συνεχούς λειτουργίας με *μονομερή απόφαση της εργοδοσίας*.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η καταγραφή αποτελεσμάτων της εφαρμογής του νόμου με βάση την *Ψηφιακή Κάρτα Εργασίας*, που όμως δεν παρουσιάζεται δημόσια από τον κρατικό μηχανισμό, προφανώς με ευθύνη της Κυβέρνησης.

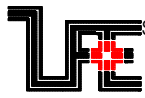
Αλλωστε, οι νόμοι της αγοράς ισχύουν και για την αγορά εργασίας, όπου βέβαια το ζήτημα ήταν ήδη «ρυθμισμένο» εδώ και δεκαετίες... με πλειάδα παρεκκλίσεων της νομοθεσίας, ακόμα και σε επιχειρήσεις *μη συνεχούς λειτουργίας*.

Πώς, άραγε, θα λειτουργήσει το σύστημα για τους Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας και Περιβάλλοντος; Ειδικά στις επιχειρήσεις συνεχούς λειτουργίας που απασχολούν και απολογιστικούς εργαζόμενους (ενοικιαζόμενους), που μόλις εμφανισθούν για εργασία είναι απαραίτητο να έχουν *Βεβαίωση Ικανότητας προς Εργασία*.

Βεβαίως, το μείζον πρόβλημα των επιχειρήσεων στην μετά την πανδημία αγορά εργασίας, παραμένει η εξεύρεση ειδικευμένου προσωπικού, συνεπικουρούμενο από τα πολλαπλά προβλήματα της *επανεκκίνησης* και της *μεγάλης παραίτησης*.

Εδώ, η πολυδιαφημισμένη *Τεχνητή Νοημοσύνη* δεν φαίνεται διόλου να μπορεί να συμβάλλει με κάποιον ουσιώδη τρόπο, εκτός ίσως από την *τηλεργασία* του Ειδικού Ιατρού Εργασίας και Περιβάλλοντος, χωρίς φυσική παρουσία ούτε στην εργασία, ούτε στο περιβάλλον.

Να, πώς απειλούνται οκτάωρο και πενθήμερο (που προ πολλού ήταν καταργημένα στον αναπτυσσόμενο κατά το βιομηχανικό πρότυπο κόσμο): με την αποσύνθεση της ίδιας της εργασίας...



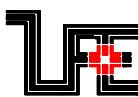
*ARTICLE OF GENERAL INTEREST*  
**ARE THE EIGHT-HOUR WORKING PER DAY  
AND THE FIVE-DAY WEEKLY WORK  
ABOLISHED IN SOCIETIES  
WHERE THE STANDARD 24:7:365 APPLIES?**

*T.C. Constantinidis*



Specialist in Occupational and Environmental Medicine, Professor of Medical Faculty at the Democritus University of Thrace, Director of the Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Dean of the School of Health Sciences at the Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* The debate was now forgotten about the "prescribed abolition" of the eight-hour working per day and the five-day weekly work on the occasion of an interpretive circular of the Greek Ministry of Labor and Social Security for the implementation of the digital work card from 01.07.2024 in industry, according to Law 4808 (*Government Gazette*, FEK A 158/26.09.2023) and articles 25 and 26 of Law 5053/2023 (*Government Gazette*, FEK A 158/26.09.2023), which give the possibility of employment (with a unilateral decision of the employer) also on the sixth day in continuously operating businesses that apply a five-day weekly working system.



## ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΟΚΤΑΩΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

*Αντώνης Λιάκος*

Ιστορικός, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών.

*Περίληψη:* Άρθρο του Καθηγητή κ. *Αντώνη Λιάκου*, Ιστορικού, Ομότιμου Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών, που δημοσιεύθηκε στις 06.05.2021 στη στήλη *Απόψεις της Εφημερίδας των Συντακτών* με τίτλο «Η ιστορία και το μέλλον του οκτάωρου στην Ελλάδα» και είναι διαθέσιμο ηλεκτρονικά στον ιστότοπο της εφημερίδας: [www.efsyn.gr/stiles/apopseis/292702\\_i-istoria-kai-mellon-toy-oktaoroy-stin-ellada](http://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/292702_i-istoria-kai-mellon-toy-oktaoroy-stin-ellada).

Οι αναφορές στην ιστορία του οκτάωρου περιορίζονται συνήθως στη θρυλική *απεργία του Σικάγου*, το 1886, και στα αιτήματα στους εορτασμούς της *Πρωτομαγιάς*. Ασφαλώς το αίτημα υπήρχε στο πρόγραμμα των σοσιαλιστών και των εργατικών ενώσεων από τα τέλη του 19ου αιώνα. Αλλά η καθιέρωση και η γενίκευση του οκτάωρου είναι μια άλλη ιστορία.

Χρειάστηκε να γίνει ο *Πρώτος Παγκόσμιος Πόλεμος* (1914-1918), η *Επανάσταση στη Ρωσία* (1917), οι *εξεγέρσεις στη Γερμανία και στην Ουγγαρία* (1919), ώστε να καθιερωθεί το οκτάωρο το 1919 στα *Συνέδρια Ειρήνης* που τερμάτισαν τον πόλεμο και ανασχημάτισαν τον κόσμο. Την παρακολούθηση της γενίκευσής του στην Ευρώπη και στον κόσμο ανέλαβε το *Διεθνές Γραφείο Εργασίας*. Διαφημίσθηκε ως αφετηρία για τη χειραφέτηση των εργατών.

Οι εργάτες θα γίνονταν πολίτες και θα απολάμβαναν τα αγαθά του βιομηχανικού πολιτισμού, χωρίς να χρειασθεί να καταφύγουν στην επανάσταση. Η εφαρμογή του όμως αποδείχθηκε δυσχερής. Οσο απομακρυνόταν ο κίνδυνος επανάστασης τόσο οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις αναζητούσαν τρόπους για να αθετήσουν την αρχική τους συμφωνία. Το 1922 ο εκπρόσωπος του γαλλικού IOBE (δηλαδή ο Γάλλος

Σκέρτσος της εποχής) δήλωνε: «Το οκτάωρο καθιερώθηκε για να νικηθούν οι Μπολσεβίκοι. Τώρα που ο κίνδυνος πέρασε, οι Γάλλοι πρέπει να επιστρέψουν στο δεκάωρο».

## **ΠΡΟΣΧΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΘΕΤΗΣΗ**

Η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες χώρες που υπέγραψαν τη συμφωνία για το οκτάωρο το 1919 και δεσμεύθηκε να το εφαρμόσει σταδιακά. Είχε ανάγκη δάνεια και την υποστήριξη στη *Μικρασιατική Εκστρατεία* και έκανε ό,τι μπορούσε για να την εξασφαλίσει. Από την *εκστρατεία στην Ουκρανία* εναντίον των Σοβιετικών το 1919 έως την υπογραφή φιλεργατικών νόμων.

Ποιες συνθήκες όμως επικρατούσαν στην Ελλάδα τότε; Υπήρχαν επαγγέλματα με εργάσιμη από την ανατολή στη δύση του ήλιου, άλλα με 14-15 ώρες, με 12-14 και τα πιο ευνοϊκά με 10-12 ώρες. Οι εμποροϋπάλληλοι εργάζονταν 8 με 10 ώρες, αλλά συνήθως τους απασχολούσαν και στη μεσημβρινή δίωρη διακοπή. Στις συνθήκες αυτές, τα αιτήματα μείωσης του χρόνου εργασίας δεν ήταν το οκτάωρο αλλά το δεκάωρο, και στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα το εννιάωρο. Ωστόσο, όπως σημειωνόταν στις εκθέσεις των επιθεωρητών εργασίας, «τα ωρολόγια εις πλείστας περιπτώσεις λειτουργούν κατά την διάθεσιν των εργοδοτών».

Το 1922-23, λόγω του προσφυγικού, η ελληνική κυβέρνηση ζήτησε αναβολή της εφαρμογής του οκτάωρου. Ο πρόεδρος των βιομηχάνων *Ανδρέας Χατζηκυριάκος* υποστήριξε ότι η εφαρμογή του θα έθετε σε κίνδυνο την ελληνική βιομηχανία, θα επιβάρυνε 20% το κόστος και θα μείωνε την ανταγωνιστικότητά της. Το 1924-25 εντάθηκαν οι κινητοποιήσεις, μαζί με άλλα αιτήματα, αλλά αποδίδονταν στους ελάχιστους την εποχή εκείνη κομμουνιστές, πράγμα που ανάγκασε τον πρωθυπουργό *Αλέξανδρο Παπαναστασίου* να δηλώσει ότι «Εάν με την πρόφασιν του κομμουνισμού κτυπήσωμεν ολόκληρον την εργατικήν τάξιν [...] η εξέργησις θα είναι αναπόφευκτος και μοιραία».

Οι κυβερνήσεις της εποχής προσπαθούσαν να ισορροπήσουν ανάμεσα στην αναβολή του οκταώρου, και στην αποφυγή σύγκρουσης με το ΔΓΕ που επόπτευε την εφαρμογή των συμβάσεων. Όταν με υπόμνημα του 1925 η ελληνική κυβέρνηση πρότεινε τέσσερα χρόνια αναβολής, το *Διεθνές Γραφείο Εργασίας*, ήταν καταπέλτης: «Η Ελλάδα έχει υπογράψει. Υπέγραψε πρώτη. Έχει δεσμευθεί απέναντι στα άλλα κράτη. Οι ιδιαίτερες συνθήκες που προβάλλει είναι προφανώς άξιες προσοχής, αλλά κάθε κράτος ιδιαίτερες συνθήκες επικαλείται».

Η αναβλητικότητα της ελληνικής κυβέρνησης είχε όμως και διεθνή ερείσματα. Εως τότε λίγες χώρες είχαν επικυρώσει τη σύμβαση για το οκτάωρο, και υπήρχαν πολλές ανατροπές λόγω της κρίσης. Ακόμη και στις μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες, το οκτάωρο εφαρμόστηκε σε κλάδους που είχαν ισχυρό συνδικαλισμό με μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη. Και στην Ελλάδα, επίσης, η εφαρμογή του οκτάωρου κατακερματίστηκε. Ως το 1940 είχαν εκδοθεί 50 νομοθετικά κείμενα για τη ρύθμιση



των ωρών εργασίας και ο νομικός πολυδαίδαλος εμπόδιζε τον έλεγχο της πραγματικής εφαρμογής, η οποία απέιχε πολύ από τις επίσημες διακηρύξεις. Σε πολλούς κλάδους, η αμοιβή με το κομμάτι εξανάγκαζε σε 12 και περισσότερες ώρες εργασίας.

## **ΤΟ ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ**

Χρειάστηκε άλλος ένας μεγάλος παγκόσμιος πόλεμος για να γίνει το οκτάωρο πυρήνας ενός νέου κοινωνικού συμβολαίου. Στην Αμερική, το *New Deal*, από το 1938, το μετέτρεψε πλέον σε κοινωνικό και πολιτισμικό κεκτημένο των βιομηχανικών εργατών. Στη Βρετανία οι βάσεις του *κράτους πρόνοιας* μπήκαν στη διάρκεια του πολέμου. Τα αμερικανικά συνδικάτα υποστήριξαν το *Σχέδιο Μάρσαλ* που είχε και εργατικό τμήμα. Αμερικανοί και Βρετανοί συνδικαλιστές υποστήριξαν την ανασυγκρότηση της Ευρώπης στο πνεύμα του *Ψυχρού Πολέμου*, αλλά πάνω στη γραμμή των κεκτημένων τους που περιλάμβανε οκτάωρο και συλλογικές συμβάσεις εργασίας. *Φορντισμός*, ισχυρά συνδικάτα και *κράτος πρόνοιας* βάδισαν χέρι χέρι στη μεταπολεμική Ευρώπη.

Και η μεταπολεμική Ελλάδα ακολούθησε τον δρόμο αυτό, παρά τον *Εμφύλιο*. Εδώ όμως οι μισθοί ήταν πολύ μικροί, οι συλλογικές συμβάσεις κρατικά ελεγχόμενες, όπως και τα συνδικάτα, και οι δαπάνες για το κράτος πρόνοιας οι μισές από τις ευρωπαϊκές. Το πρόβλημα με το ωράριο ήταν όχι η νομική του καθιέρωση, αλλά η εφαρμογή του, λόγω του εκτεταμένου συστήματος υπεργολαβιών και αμοιβής με βάση το έργο. Εντούτοις το οκτάωρο παγιώθηκε.

Στη δεκαετία του 1960 προβλήθηκε το αίτημα της *πενθήμερης εργασίας* των 40 ωρών. Τώρα η Ευρώπη προπορεύθηκε από την Αμερική, και κατ' αναλογία οι ώρες, ο εργάσιμος χρόνος, μειώθηκε περισσότερο. Στην Ελλάδα, σταθμός ήταν η *Μεταπολίτευση*: η *πενθήμερη εργάσιμη εβδομάδα* καθιερώθηκε πρωταρχικά για τους εργαζομένους στη βιομηχανία το 1975, ενώ το μέτρο της *πενθήμερης εργασίας* (και των 40 ωρών εργασίας) επεκτάθηκε συνολικά στους εργαζομένους το 1984.

## **ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ ΤΩΡΑ;**

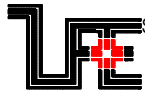
Από τη δεκαετία του 1990, και η Ελλάδα και η Ευρώπη έχουν εισέλθει σε δεκαετίες απορρύθμισης των εργασιακών σχέσεων. Η παγκοσμιοποίηση και οι μεγάλες τεχνολογικές μεταβολές έχουν αλλάξει πολλά πράγματα στον κόσμο της εργασίας και στον τύπο του εργαζομένου. Ο θόρυβος όμως για τις νέες δυνατότητες του εργαζόμενου που κάνει marketing τον εαυτό του, συσκοτίζει τις σκληρές πραγματικότητες που άρχισαν με τους μετανάστες και τους νέους: υποκατώτατος μισθός, μπλοκάκι, γραφεία ενοικίασης εργαζομένων, υπεργολαβίες. Πρόκειται για ολόκληρα στρώματα επισφαλώς εργαζομένων ανθρώπων. Ούτε μόνο νέοι είναι, ούτε αποκλειστικά γυναίκες, ούτε μετανάστες. Είναι μια καινούργια κανονικότητα.

Ακόμη και τους πολύ υψηλής μόρφωσης νέους, που χρησιμοποιούνται ως παράδειγμα εργαζόμενου που δεν χρειάζεται την εργατική νομοθεσία, η επισφάλεια και η ανασφάλεια είναι κανόνας. Καθώς η ανεργία έχει γίνει το κυριότερο πρόβλημα, η κριτική στις νέες εργασιακές σχέσεις όχι μόνο έχει υποχωρήσει, αλλά σχεδόν ποινικοποιούνται οι ρυθμισμένες με τα κεκτημένα της προηγούμενης περιόδου εργασιακές σχέσεις. Η τηλεργασία μοιάζει να ρυθμίζεται αποκλειστικά από τους εργοδότες. Ο συνδικαλισμός έχει παρακμάσει, και μας το θυμίζει το σκέλεθρο της ΓΣΕΕ, η βιομηχανία έχει διαλυθεί, κάθε γενιά που μπαίνει στην αγορά εργασίας μπαίνει με κανόνες χειρότερους από της προηγούμενης.

Σε αυτό το τοπίο, ο συνασπισμός εξουσίας επιχειρεί προγραμματικά να κάνει άπειρα ελαστική την προσφορά εργασίας, ανατρέποντας όλες τις προηγούμενες ισορροπίες ως προς το ωράριο, τις συλλογικές συμβάσεις, την ελευθερία του συνδικαλισμού, την επιθεώρηση εργασίας. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι βρίσκονται πλέον, αναγκαστικά, εκτός αυτών των ρυθμίσεων, εντούτοις, αυτές συνιστούν έναν άξονα κοινωνικού συμβολαίου που διαμορφώθηκε με αγώνες αλλά και μετά από δυο μεγάλους πολέμους.

Πράγματι, η τηλεργασία και οι μεταβολές στην εργασία από την τεχνολογία θέτουν ζητήματα ευρείας αναρρύθμισης των εργασιακών σχέσεων. Θέτουν το μεγάλο ζήτημα ενός νέου κοινωνικού συμβολαίου. Αλλά οι επιχειρούμενες από την κυβέρνηση αλλαγές, χωρίς κοινωνική διαπραγμάτευση, βρίσκονται στο πνεύμα της κατάρνησης της ίδιας της έννοιας του κοινωνικού συμβολαίου. Πάρε τη δουλειά ή φύγε! Αυτή η μονόπλευρη πλέον διευθέτηση των εργασιακών σχέσεων ανατρέπει κατακτήσεις που χρειάστηκαν δύο παγκόσμιοι πόλεμοι και χιλιάδες εργατικοί αγώνες για να επιτευχθούν. Ανατρέπει ισορροπίες που βρίσκονται στον πυρήνα των σύγχρονων δημοκρατιών, δηλαδή τη συνεχή προσπάθεια αντιστοίχισης οικονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής δικαιοσύνης.

Το άρθρο του Καθηγητή κ. *Αντώνη Λιάκου*, Ιστορικού, Ομότιμου Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών, που δημοσιεύθηκε στις 06.05.2021 στη στήλη *Απόψεις* της *Εφημερίδας των Συντακτών* με τίτλο «Η ιστορία και το μέλλον του οκτάωρου στην Ελλάδα» και είναι διαθέσιμο ηλεκτρονικά στον ιστότοπο της εφημερίδας: [https://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/292702\\_i-istoria-kai-mellon-toy-oktaoroy-stin-ellada](https://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/292702_i-istoria-kai-mellon-toy-oktaoroy-stin-ellada). Για την αναδημοσίευση ζητήθηκε άδεια από τον συγγραφέα και από τη Διεύθυνση της εφημερίδας.



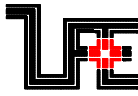
*ARTICLE OF GENERAL INTEREST*  
**THE HISTORY AND THE FUTURE  
OF EIGHT-HOUR WORKING IN GREECE**

***Antonis Liakos***

Historian, Emeritus Professor of the University of Athens.

*Abstract:* Article by Professor Mr. *Antonis Liakos*, Historian, Professor Emeritus of the University of Athens, published on 06.05.2021 in the «*Opinions*» column of the newspaper «*Efimerida ton Synakton*», entitled «The history and future of eight-hour working in Greece» and is available online on the website of the newspaper: [https://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/292702\\_i-istoria-kai-mellon-toy-oktaoroy-stin-ellada](https://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/292702_i-istoria-kai-mellon-toy-oktaoroy-stin-ellada). Permission was requested from the author and from the newspaper's Editor for the republication.

# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 4

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

## ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΔΗΓΜΑΤΑ ΑΡΑΧΝΩΝ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΟΝ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ

*Μαρία Χατζάκη*



Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Βιολογίας Οργανισμών, Συστηματικής και Οικολογίας στο Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

*Περίληψη:* Το συνοπτικό κείμενο που ακολουθεί δημοσιεύθηκε στην έντυπη έκδοση της εφημερίδας *Παραπολιτικά* στις 17.08.2024 και ακολούθως αναρτήθηκε στον ιστότοπο <https://www.papapolitika.gr/ugeia/article/1439461/ileia-grifos-me-to-tsibimaka-arahnis-kai-ton-thanato-tou-48hronou-ti-anaferei-to-porisma-tis-nekrotomis/>. Το ζήτημα αφορά τόσο το γενικό πληθυσμό, όσο και τους εργαζόμενους, δείχνοντας έτσι τις συγγένειες της Ιατρικής Εργασίας και Περιβάλλοντος με τη Δημόσια Υγεία.

Από τα περίπου 1.340 είδη αραχνών που απαντούν στην Ελλάδα, υπάρχουν μόνο δύο είδη που μπορούν να προκαλέσουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας στον άνθρωπο: η *μαύρη χήρα* (*Latrodectus tredecimguttatus*) και η *αράχνη ερημίτης* ή *λοξοσκελής αράχνη* (*Loxosceles rufescens*).

Και οι δύο είναι ξηρόφιλες αράχνες και ζουν σε όλη την ελληνική επικράτεια, σε φυσικά περιβάλλοντα, θαμνότοπους ή αμμώδεις περιοχές. Κρύβονται κάτω από πέτρες, σε ρωγμές βράχων ή φυλλώματα καλλιεργείων. Οι *ερημίτες* είναι δυνατό να ζουν και σε σπήλαια ή μέσα σε αγροτικά σπίτια, όπου αναζητούν τη σκιά.

Η *μαύρη χήρα* είναι μέτριου μεγέθους και κατάμαυρη. Φτιάχνει έναν ακανόνιστο ιστό. Συνήθως μπερδεύεται από τους μη ειδικούς με το συγγενικό της είδος *Steatoda paykulliana*, που είναι πιο κοινό, αλλά του οποίου το δήγμα δεν είναι επικίνδυνο για τον άνθρωπο.

Το νευροτοξικό της δηλητήριο προσβάλλει το νευρομυϊκό και λεμφικό σύστημα και προκαλεί πόνο στην κοιλιά, κράμπες, εφίδρωση, καρδιακές αρρυθμίες, εμετό, ναυτία, ολιγουρία, αίσθημα φόβου κ.λπ.

Τα ίδια το δήγμα δεν γίνεται αντιληπτό, ενώ τα συμπτώματα ξεκινούν έπειτα από 1-3 ώρες και συνήθως αντιμετωπίζονται με συμπτωματική κλινική θεραπεία. Μέσα σε 3-5 μέρες ο ασθενής γίνεται τελείως καλά. Πολύ σπάνια μπορεί ένα τέτοιο δήγμα να είναι θανατηφόρο. Ο *λατροδεκτισμός* (το σύνδρομο που προκύπτει από δήγμα μαύρης χήρας) είναι πιο συχνός στα Βαλκάνια, προς τα τέλη του καλοκαιριού, όταν οι αγρότες ασχολούνται με τη συγκομιδή των σταφυλιών και είναι σε συνεχή επαφή με τα φυλλώματα, όπου συχνά φωλιάζουν μαύρες χήρες.

Η *αράχνη ερημίτης* είναι μικρού μεγέθους, με χαρακτηριστική διάταξη ματιών (έξι μάτια σε τρία ζεύγη) και τριγωνικό σχήμα κεφαλοθώρακα. Έχει καφεκίτρινο χρώμα. Το δηλητηριό της έχει *δερμονεκρωτική δράση* (*λοξοσκελισμός*).

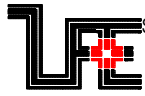
Το δήγμα δεν πονάει πολύ και συνήθως οδηγεί σε μια τοπική αντίδραση (ερύθημα, πρήξιμο, κνησμός, πόνος και σταδιακή τοπική νέκρωση του δέρματος), που σταδιακά ελαττώνεται μέσα σε 3-4 μέρες.

Περαιτέρω συστημικές επιπλοκές (πυρετός, πονοκέφαλος, πόνος στις αρθρώσεις και σπάνια λεμφαγγειίτιδα, αιμόλυση, αιματοουρία και θρόμβωση) συμβαίνουν περίπου σε ποσοστό 10%.

Θάνατος δεν έχει αναφερθεί ποτέ στην περιοχή μας. Και στις δύο περιπτώσεις, η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλλει και σχετίζεται τόσο με τα βιολογικά χαρακτηριστικά του ζώου (αναπτυξιακό στάδιο, φύλο, φυσική κατάσταση) όσο και με τη φυσική κατάσταση του ατόμου που θα δεχθεί το δήγμα (ηλικία, πιθανές αλλεργίες ή παθήσεις).

Ένα δῆγμα θεωρείται επιβεβαιωμένο όταν υπάρχει σαφής μαρτυρία παρουσίας της αράχνης κοντά στο σημείο του ατυχήματος και συλλογή του ζώου – αν αυτό είναι δυνατό – ώστε να γίνει η αναγνώρισή του από ειδικούς.

Η κ. *Μαρία Χατζάκη* είναι Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Βιολογίας Οργανισμών, Συστηματικής και Οικολογίας στο Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και το κείμενό της αυτό δημοσιεύθηκε στην έντυπη έκδοση της εφημερίδας *Παραπολιτικά* στις 17.08.2024 και ακολούθως έγινε ανάρτησή του στον ιστότοπο <https://www.prapolitika.gr/ugeia/article/1439461/ileia-grifos-me-to-tsibima-kafe-arahnis-kai-ton-thanato-tou-48hronou-ti-anaferai-to-porisma-tis-nekrotomis/>. Έχει ζητηθεί άδεια αναδημοσίευσης από την εφημερίδα *Παραπολιτικά* και από την συγγραφέα.



*ARTICLE OF GENERAL INTEREST*  
**SPIDER BITES THAT MAY CAUSE  
SERIOUS HEALTH PROBLEMS IN HUMANS**

*Maria Chatzaki*



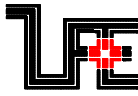
Associate Professor of Biology of Organisms, Systematics and Ecology at the Department of Molecular Biology and Genetics of the Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* This article was published in the printed edition of the newspaper *Parapolitika* on 17.08.2024 and subsequently, on 19.03.2024, posted on the website <https://www.parapolitika.gr/ugeia/article/1439461/ileia-grifos-me-to-tsibimaka-afe-arahnis-kai-ton-thanato-tou-48hronou-ti-anaferei-to-porisma-tis-nekrotomis/>. The issue concerns both the general population and workers, thus showing the affinities of Medical Work and Environment with Public Health.

Permission to republish requested from the newspaper *Parapolitika* and from the author.



# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 15 ΤΕΥΧΟΣ 4

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

## ΑΡΘΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΦΥΣΗΣ...

*Αλέξης Μπένος*



Ομ. Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

*Περίληψη:* Συνοπτική παρουσίαση της πολιτικής ιστορίας του δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα (με ταυτόχρονη περιγραφή του διεθνούς πλαισίου), όπως παρουσιάστηκε σε ανάρτηση της ηλεκτρονικής έκδοσης του περιοδικού *Parallaxi Mag*, στις 19.08.2024 (<https://parallaximag.gr/parallax-view/katastrofi-ton-ypiresion-ygeias-katastrofi-tis-ergasias-katastrofi-tis-fysis>). Η αναδημοσίευση γίνεται μετά από σχετική άδεια που δόθηκε από το περιοδικό *Parallaxi Mag* και από τον συγγραφέα.

HYGEIA@ERGAΣIA 2024, 15(4):381-386

Εν μέσω της τακτικής πια καλοκαιρινής περιβαλλοντικής καταστροφής παρακολουθούμε αηδιασμένοι τα σχεδόν καθημερινά επεισόδια επίδειξης νεοφιλελεύθερου κυνισμού και ακραίας χυδαιότητας από την κυβέρνηση και τον υπεύθυνο υπουργό σχετικά με την *πολιτική υγείας* που εφαρμόζουν με αξιοζήλευτη συνέπεια εδώ και πολλά χρόνια. Ο εδώ και καιρό διακηρυγμένος στόχος «να διαλύσουμε επιτέλους την τελευταία σοβιετική δημοκρατία» υλοποιείται με αυστηρή πειθαρχία ακόμη και με σαχλούς λεονταρισμούς απέναντι σε παραδοσιακούς ψηφοφόρους της, όπως οι ιδιώτες γιατροί.

Ίσως είναι ενδιαφέρον να δούμε, εν συντομία, πώς φτάσαμε ως εδώ, πού βρισκόμαστε σήμερα και πού μας πάνε στο άμεσο μέλλον.

Η συζήτηση για την ανάγκη δημιουργίας ενός *δημόσιου και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας* ως απάντηση σε ένα ουσιαστικά ιδιωτικοποιημένο, διεφθαρμένο και αναποτελεσματικό συνονθύλευμα ασυντόνιστων υπηρεσιών, κορυφώνεται μετά τη χούντα υπό την ηγεμονία του κινήματος των νοσοκομειακών γιατρών. Η νομοθετική ίδρυσή του γίνεται στις αρχές της δεκαετίας του 1980 με μια καθυστέρηση 30 ετών από τη δημιουργία του «κράτους πρόνοιας» στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Πράγματι μετά την πολεμική καταστροφή του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου ακολούθησε η φάση της εντατικής καπιταλιστικής αναδόμησης στην Ευρώπη. Δομικό χαρακτηριστικό της φάσης αυτής ήταν η εφαρμογή κεϋνσιανών πολιτικών που συνέτειναν, με κλασσικό πια παράδειγμα αυτό της Μ. Βρετανίας, στη δημιουργία δημόσιων συστημάτων υγείας με κύριο στόχο τη γρήγορη και αποτελεσματική επιστροφή των άρρωστων εργαζόμενων στην παραγωγική διαδικασία. Την ίδια περίοδο στην Ελλάδα δομήθηκε το μετεμφυλιακό σκοταδιστικό κράτος με κύριο χαρακτηριστικό του τις μαζικές φυλακίσεις και εξορίες κομμουνιστών μέχρι και το 1974.

Η 30ετής αυτή καθυστέρηση οδήγησε σε μια ιστορική αντίφαση. Την περίοδο που αρχίζει η δόμηση ενός εθνικού και δημόσιου συστήματος στην Ελλάδα, ο *κεϋνσιανισμός* στην Ευρώπη δίνει τη θέση του στο *νεοφιλελευθερισμό* ο οποίος ξαναβάζει με επιθετική πολιτική τα πράγματα στη θέση τους αναδεικνύοντας ως κύριο στόχο για την καπιταλιστική ανάπτυξη την απαξίωση της εργασίας και την αποδόμηση του «κράτους πρόνοιας» και εφαρμόζει για το σκοπό αυτό αυστηρές πολιτικές λιτότητας.

Η δημιουργία λοιπόν του δημόσιου συστήματος υπηρεσιών υγείας την περίοδο αυτή ήταν μια κραυγαλέα παραφωνία απέναντι στη νεοφιλελεύθερη επέλαση. Η επιλογή προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα οδήγησε, τη δεκαετία του 90, σε μια σειρά επιμέρους ρυθμίσεων με στόχο την αποδόμηση, αποδιάρθρωση και ιδιωτικοποίηση των δημόσιων δομών που είχαν δημιουργηθεί την προηγούμενη δεκαετία. Είναι χαρακτηριστικό ότι πολλά ονόματα του πολιτικού και επιστημονικού

προσωπικού της περιόδου αυτής, υπογράφουν και στις εκθέσεις - νόμους δημιουργίας του ΕΣΥ και, λίγα χρόνια μετά, τις αντίστοιχες απορρύθμισής του. Βασικές έννοιες και εκφράσεις από το νεοφιλελεύθερο οπλοστάσιο όπως «οιονεί αγορά», «μονοψώνιο», «ιδιωτικοποίηση υπηρεσιών σίτισης, φύλαξης, κοκ», «απογευματινά ιατρεία με ιδιωτικές πληρωμές εντός του ΕΣΥ», «ελευθερία επιλογής υπηρεσιών», «συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα», «αποκέντρωση», «φορολογικά κίνητρα για τη σύναψη συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας», «εισαγωγή σφαιρικών προϋπολογισμών και ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών που εφαρμόστηκαν ως *Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια* (ΚΕΝ)» κλπ, εισάγονται στη φάση αυτή και από τότε κυριαρχούν ως πολιτικές επιλογές στην εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας μέχρι και σήμερα. Ετσι, την πρώτη δεκαετία του νέου αιώνα εισάγονται με εντυπωσιακή συνέπεια ρυθμίσεις που προετοίμασαν ιδανικά τις σκληρότερες *πολιτικές λιτότητας* που επιβλήθηκαν με τα μνημόνια, τα οποία αν δεν έρχονταν ...θα τα επέβαλε ο τότε και νυν υπουργός υγείας με βάση τις ...ιστορικές δηλώσεις του.

Η συνεχής απαξίωση, αποψίλωση από προσωπικό, αποδιάρθρωση δομών και υποδομών – με εξαίρεση την περίοδο σχετικής ελάφρυνσης της αποψίλωσης το 2015-2019 – οδήγησε τις υπηρεσίες υγείας σε κατάρρευση την περίοδο εμφάνισης της πανδημίας COVID-19.

Η πανδημία, χρησιμοποιήθηκε από την κυβέρνηση όχι βέβαια ως συγκυρία αναγκαστικής στήριξης και αναδόμησης του δημόσιου συστήματος υγείας, αλλά ως ιδανική ευκαιρία για την ανεξέλεγκτη χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα με δημόσιους πόρους παράλληλα με την πλήρη αποδιοργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν το τεράστιο κύμα αναγκών για φροντίδα που προκάλεσε η πανδημία, υποστελεχωμένες και αποδομημένες. Η αποκλειστική ενασχόληση του δημόσιου τομέα με την COVID-19 νοσηρότητα προκάλεσε σημαντική αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από τα άλλα, παραμελημένα νοσήματα και γεωμετρική άνοδο της πελατείας του ιδιωτικού τομέα με επιβάρυνση και πάλι του δημόσιου προϋπολογισμού.

Οπότε, σήμερα, ο υπουργός υγείας, συνεπής στο στόχο της ιδιωτικοποίησης κάθε δημόσιας δομής, δημόσιου χώρου, δημόσιας - κοινωνικής σχέσης αναδεικνύει για άλλη μια φορά την ατομική ευθύνη ως κύρια αιτία της διάλυσης του ΕΣΥ. Φταίνε οι γιατροί που δεν δέχονται να προσληφθούν ως *πρεκαριάτο*, με απαράδεκτες συνθήκες εργασίας και ασφάλισης. Φταίνε οι γιατροί που αρνούνται να τρέχουν δεξιά και αριστερά σε διάφορα νοσοκομεία για να καλύπτουν προσωρινά έστω τις απαιτήσεις του πελατειακού μηχανισμού του κυβερνώντος κόμματος. Φταίνε οι άρρωστοι που επιμένουν να στοιβάζονται στα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Φταίνε ακόμη και οι φίλοι μας οι ιδιώτες γιατροί που μετά από χρόνια εξωνοσοκομειακής

επαγγελματικής δραστηριότητας αρνούνται να καλύψουν επικοινωνιακές τρύπες του υπουργού αναλαμβάνοντας ευθύνες σε περιβάλλον υψηλής έντασης εργασίας και επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας.

Η συνολική επιτυχία της μακρόχρονης και συνεπούς προσπάθειας της άλωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας από την ιδιωτική κερδοσκοπία βρίσκεται, δυστυχώς, πολύ κοντά μας. Ήδη χιλιάδες άρρωστοι ταλαιπωρούνται σε απίθανες λίστες αναμονής «επειδή τα μηχανήματα του δημόσιου νοσοκομείου χάλασαν», αλλά «στο ιδιωτικό κέντρο απέναντι δουλεύουν και μάλιστα από τους ίδιους π.χ. ακτινοθεραπευτές». Σε λίγο καιρό εκατομμύρια ανθρώπων δεν θα έχουν να καλύψουν τα έξοδα περίθαλψής τους και είτε θα αναγκαστούν να πουλήσουν τα πάντα (ήδη πρωτοστατεί η χώρα μας στη λίστα της αναλογίας του πληθυσμού που έχει καταστραφεί οικονομικά για λόγους υγείας) είτε θα οδηγηθούν στο θάνατο με συνοπτικές διαδικασίες.

Οι ήδη υπάρχουσες μεγάλες κοινωνικές ανισότητες θα εκτιναχθούν εις όφελος λίγων συμφερόντων που ήδη – ως κλασσικό χαρακτηριστικό του καπιταλισμού – συσσωρεύονται σε ακόμη λιγότερες πολυεθνικές εταιρείες που ήδη ελέγχουν μεγάλο μέρος γενικά της οικονομίας και στη χώρα μας.

Ζούμε, σε παγκόσμιο επίπεδο, την επικράτηση της ιδιαίτερα επιθετικής *καπιταλιστικής ολοκλήρωσης*. Ο στόχος του κεφαλαίου, η μεγιστοποίηση δηλαδή του κέρδους, οξύνει την άνευ προηγουμένου επίθεση ενάντια στην ανθρώπινη εργασία και ενάντια στη φύση. Η καταστροφή των δημόσιων δομών και λειτουργιών στη φροντίδα υγείας και την κοινωνική πρόνοια (απροκάλυπτο παράδειγμα ο πρόσφατος νόμος αποδιάρθρωσης των δομών φροντίδας της ψυχικής υγείας) είναι μέρος της πολιτικής απαξίωσης της εργασίας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, όπως είναι μέρος της πολιτικής που οδηγεί στην οικολογική καταστροφή (εξορύξεις, πυρκαγιές, αποψίλωση δασών, κοκ), όπως είναι μέρος της πολιτικής που υποδαυλίζει το φασισμό, αναπτύσσει πολέμους, δημιουργεί στρατιές αναλώσιμων (από το κεφάλαιο και το φασισμό) μεταναστών, χρηματοδοτεί τη γενοκτονία του Παλαιστινιακού λαού.

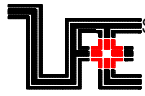
Απέναντι στην ολομέτωπη, απάνθρωπη και καταστροφική πολιτική του καπιταλισμού αναπτύσσονται, μέχρι στιγμής, μικρές αλλά αισιόδοξες εστίες αντίστασης.

Στον μικρόκοσμο των δημόσιων υπηρεσιών υγείας ένα φωτεινό παράδειγμα αντίστασης, αλληλεγγύης και ελπίδας είναι οι ηρωίδες και οι ήρωες που στις χαώδεις συνθήκες που έχουν επιβάλλει οι πολιτικές λιτότητας, παλεύουν, με λιγοστά μέσα, για την καλύτερη φροντίδα των αρρώστων τους.

Ακολουθώντας το παράδειγμά τους, είναι ζωτικής σημασίας η ανάπτυξη ενός *παγκόσμιου αντικαπιταλιστικού κινήματος* με στόχο να γλυτώσουμε τη γη και όλο

τον πληθυσμό της από την επικείμενη καταστροφή στην οποία μας οδηγεί η αδηφαγία του καπιταλιστικού συστήματος.

Ο κ. *Αλέξης Μπένος* είναι Ομ. Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Α.Π.Θ. και το κείμενό του αυτό με τον χαρακτηριστικό τίτλο «Καταστροφή των υπηρεσιών υγείας, καταστροφή της εργασίας, καταστροφή της φύσης...» αναρτήθηκε στην ηλεκτρονική έκδοση του περιοδικού *Parallaxi Mag*, στις 19.08.2024 (<https://parallaximag.gr/parallax-view/katastrofi-ton-ypiresion-ygeias-katastrofi-tis-ergasias-katastrofi-tis-fysis>). Η αναδημοσίευση γίνεται μετά από σχετική άδεια που παραχωρήθηκε τόσο από το περιοδικό *Parallaxi Mag*, όσο και από τον συγγραφέα.



*ARTICLE OF GENERAL INTEREST*  
**DESTRUCTION OF HEALTH CARE SERVICES,  
DESTRUCTION OF WORK,  
DESTRUCTION OF NATURE...**

*Alexis Benos*



Em. Professor of Hygiene, Social Medicine and Primary Health Care in Medical School at Aristotle University of Thessaloniki.

*Abstract:* Brief presentation of the political history of the public health system in Greece (with a simultaneous description of the international context), as presented in a post of the electronic edition of the magazine *Parallaxi Mag*, on 19.08.2024 (<https://parallaximag.gr/parallax-view/katastrofi-ton-ypiresion-ygeias-katastrofi-tis-ergasias-katastrofi-tis-fysis>). Republished with permission.