

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

**«Δημόσια Υγεία και Αυτονομία στην περίπτωση  
μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Χ. ΝΙΚΟΥ**

**ΑΘΗΝΑ 2022**

**«Δημόσια Υγεία και Αυτονομία στην περίπτωση  
μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων»**

**Ευαγγελία Νίκου**

**A.M. 20063**

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

**Επιβλέπουσα  
Καθηγήτρια**

**Καθηγήτρια**

**ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ-  
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ  
ΜΑΡΙΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**Μέλος**

**Αν.Καθηγήτρια**

**ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**Μέλος**

**Καθηγητής**

**ΣΑΡΡΗΣ ΜΑΡΚΟΣ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Νίκου Ευαγγελία του Χρήστου, με αριθμό μητρώου 20063 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/08/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



Νίκου Ευαγγελία

## ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιατρική σήμερα είναι άμεσα συνδεδεμένη με την τήρηση της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Οι βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν την άσκηση της είναι η αυτονομία, η μη βλάβη, η ωφέλεια και η δικαιοσύνη. Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ενημερωμένης συναίνεσης, του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων των ληπτών υπηρεσιών υγείας είναι επιβεβλημένος.

Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες αμφιλεγόμενες καταστάσεις όπου οι ατομικές αποφάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία τρίτων ή ακόμη και περισσότερων προσώπων και να θέσουν σε κίνδυνο την δημόσια υγεία. Στις περιπτώσεις αυτές, η αυτονομία του ατόμου τίθεται υπό αμφισβήτηση και η πολιτεία βρίσκεται αντιμέτωπη με ένα τεράστιο δίλημμα. Από την μία πλευρά αμφισβητείται το δικαίωμα της αυτονομίας του ασθενούς ως μοναδικό κριτήριο για την λήψη μέτρων και από την άλλη, καλείται να προστατεύσει την δημόσια υγεία.

Αυτό ακριβώς πραγματεύεται η παρούσα διπλωματική εργασία. Σκοπός της είναι να αναδείξει τα όρια της αυτονομίας των πασχόντων, όταν αυτή έρχεται σε σύγκρουση με την δημόσια υγεία και κατ' επέκταση με το δημόσιο συμφέρον, σε περίπτωση μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων.

Αυτό πραγματοποιείται με ανασκόπηση των επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν τα λοιμώδη νοσήματα, στην Ελλάδα και την Ευρώπη, αναλύονται το θεσμικό πλαίσιο προστασίας του ασθενή καθώς και το θεσμικό πλαίσιο προστασίας της δημόσιας υγείας. Με βάση τα δεδομένα αυτά, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης διαρκούς εγρήγορσης, βασισμένη στην έγκυρη και ακριβή ενημέρωση κυρίως από την πλευρά της Πολιτείας.

Η παρούσα μελέτη είναι μια δευτερογενής έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων γίνεται μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης με την χρήση συγγραμμάτων και ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων.

**Λέξεις κλειδιά:** Λοιμώδη νοσήματα, μεταδοτικές ασθένειες, αυτονομία, ενημερωμένη συναίνεση, δημόσια υγεία, δημόσιο συμφέρον, ιατρική, ιατρική ηθική και δεοντολογία.

## **ABSTRACT**

Medicine today is directly related to the observance of ethics. The basic principles that should govern its exercise are autonomy, non-harm, benefit and justice. Respect for human dignity, informed consent, medical confidentiality and the personal data of healthcare recipients is imperative.

However, there are some controversial situations where individual decisions may affect the health of third parties or even more person and endanger public health. In these cases, the autonomy of the individual is called into question and the state is faced with a huge dilemma. On the one hand, the patient's right to autonomy is questioned as the only criterion for taking measures and on the other hand, it is called to protect public health.

This is exactly what this dissertation is about. Its purpose is to highlight the limits of the autonomy of patients, when it comes into conflict with public health and therefore with the public interest, in case of transmitted infectious diseases.

After a general review of the epidemiological data of infectious diseases in Greece and Europe, the institutional framework for patient protection as well as the institutional framework for the protection of the public health are analyzed. Based on our data, we can conclude that there is an urgent need for constant vigilance, based on valid and accurate information, mainly from the State.

The present study is a secondary research. The data collection is done through a literature review using books and electronic data based.

**Keywords:** Infections diseases, communicable diseases, autonomy, informed consent, public health, public interest, medical ethics.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με αφορμή την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Μητροσύλη- Ασημακοπούλου Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση και εμπιστοσύνη που μου έδειξε για την ανάθεση της συγκεκριμένης εργασίας, καθώς και την τριμελή επιτροπή αξιολόγησης για την κατανόησή τους.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την ηθική υποστήριξη και την υπομονή τους, για τις ώρες που με στερήθηκαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να ξεχάσω και να μην αναφέρω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους μεταπτυχιακούς συμφοιτητές μου για την υποστήριξη και την ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΈΝΝΟΙΑ, ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ</b>	
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	13
1.2 Έννοια και είδη λοιμωδών νοσημάτων.....	14
1.3 Τρόποι μετάδοσης.....	15
1.4 Κατηγορίες μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων.....	16
1.5 Τα σημαντικότερα λοιμώδη νοσήματα που σκόρπισαν τον θάνατο στην Ελλάδα και Ευρώπη.....	19
1.5.1 HIV/AIDS.....	19
1.5.2 Ηπατίτιδα Β (HBV)- Ηπατίτιδα C (HCV).....	21
1.5.3 Φυματίωση (TB).....	23
1.5.4 Μαύρη Πανώλη (Πανούκλα).....	24
1.5.5 Χολέρα.....	26
1.5.6 Τύφος.....	27
1.5.7 Τυφοειδής Πυρετός.....	28
1.5.8 Λέπρα (Νόσος Hansen).....	28
1.5.9 Ελονοσία.....	30
1.5.10 Ιλαρά.....	32
1.5.11 Ευλογιά.....	34
1.5.12 Ιός Έμπολα.....	35
1.5.13 Ισπανική Γρίπη.....	35
1.5.14 Γρίπη.....	37
1.5.15 Γρίπη των Πτηνών (H5N1).....	38
1.5.16 Γρίπη των Χοίρων.....	39
1.5.17 Σαλμονέλλωση.....	40
1.5.18 Τέτανος.....	41
1.5.19 Λοίμωξη από Πνευμονιόκοκκο και Μηνιγγιτιδόκοκκο.....	41
1.5.20 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	42
1.5.21 Πανδημία Covid-19 (Sars-Cov-2).....	44
1.6 Οι επιπτώσεις των πανδημιών στα συστήματα υγείας.....	46

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

2.1 Μέτρα πρόληψης.....	47
2.2 Η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων.....	52
2.3 Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων.....	53
2.4 Μεταδοτικά νοσήματα αναγκαστικής επιτήρησης.....	54
2.5 Εθνικοί Οργανισμοί Υγείας.....	56
2.6 Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων (ECDC).....	57
2.7 Μέτρα προφύλαξης ταξιδιωτών.....	58
2.8 Μέτρα προφύλαξης υγειονομικού προσωπικού.....	58

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

3.1 Τα δικαιώματα των ασθενών.....	59
3.2 Τα δικαιώματα των ασθενών στους Διεθνείς Οργανισμούς και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	60
3.3 Τα δικαιώματα των ασθενών στην Ελλάδα.....	62
3.4 Η σχέση ιατρού- ασθενούς.....	63
3.5 Η έννοια της αυτονομίας.....	65
3.6 Η έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης.....	66
3.6.1 Το περιεχόμενο της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς.....	69
3.6.2 Περιπτώσεις νόμιμης διενέργειας ιατρικής πράξης χωρίς λήψη συναίνεσης.....	70
3.6.3 Περιπτώσεις έγκυρης συναίνεσης χωρίς προηγούμενη ενημέρωση.....	72
3.6.4 Ο ρόλος της ενημέρωσης στην περίπτωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	72
3.7 Το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης του ασθενούς.....	73
3.8 Προστασία προσωπικών δεδομένων.....	74
3.8.1 Η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων στο χώρο της υγείας και ο GDPR.....	77
3.9 Το ιατρικό απόρρητο.....	78
3.9.1 Περιπτώσεις επιτρεπόμενης άρσης του ιατρικού απόρρητου.....	80



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

4.1 Η έννοια της υγείας.....	83
4.2 Η έννοια της δημόσιας υγείας.....	84
4.3 Το ατομικό δικαίωμα προστασίας της υγείας.....	87
4.4 Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας.....	88
4.5 Περιορισμοί στην αυτονομία του πάσχοντος από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα για λόγους δημοσίου συμφέροντος.....	89
4.6 Η Υγειονομική Διάταξη 39 <sup>α</sup> /2012 που αφορά τον περιορισμό της διάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων.....	92
4.7 Υποχρεωτικός εμβολιασμός και περιορισμός της αυτονομίας.....	94
4.7.1 Περιπτώσεις υποχρεωτικού εμβολιασμού στην Ελλάδα.....	96
4.7.2 Το αντί- εμβολιαστικό κίνημα.....	98
4.7.3 Η ιστορία του αντί- εμβολιαστικού κινήματος.....	102

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

5.1 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ.....	103
5.2 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ.....	104
5.3 Η Συνθήκη της Λισσαβόνας.....	104
5.4 Η Συνθήκη της Νίκαιας.....	105

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ**

6.1 Γενικά.....	106
6.2 Η Ηθική Δεοντολογία στην Ιατρική κατά την αρχαιότητα- Ιστορική αναδρομή.....	107
6.3 Βιοηθική και δημόσια υγεία.....	108
6.4 Οι βασικές αρχές της Βιοηθικής στην Ιατρική.....	109
6.5 Η ηθική διάσταση των περιορισμών της αυτονομίας του πάσχοντος από μεταδοτικό νόσημα.....	112
6.6 Η ηθική διάσταση της άρνησης συναίνεσης του ασθενούς.....	114
6.7 Η έκταση του ιατρικού καθήκοντος.....	115
6.8 Ο κοινωνικός στιγματισμός των πασχόντων από μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα.....	117
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>120</b>

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κρούσματα HIV/Έτος.....	20
Πίνακας 2: Ελονοσία/Έτος.....	31
Πίνακας 3: Ιλαρά.....	33
Πίνακας 4: Πανδημίες Γρίπης.....	38
Πίνακας 5: Νοσήματα Ανά Χρονικό Ορίζοντα Υποχρεούμενης Δήλωσης.....	48
Πίνακας 6: Συχνότερα Μεταδοτικά Νοσήματα- Μεταδοτικά Νοσήματα που εμπίπτουν στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	54

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΚ	Αστικός Κώδικας
αρθρ.	άρθρο
αριθ.	αριθμός
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΔΑ	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Άνθρωπου
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΕΤ	Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων
ΚΕΕΛ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΔΥ	Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΙΔ	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας
ν.	Νόμος
παρ.	παράγραφος
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
π.χ.	παραδείγματος χάριν
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Σ	Σύνταγμα
ΣΜΝ	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
τ	τεύχος
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
COVID-19	Coronavirus disease 2019
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
SARS	Severe acute respiratory syndrome
WHO	World Health Organization

## Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι οι μεταδοτικές ασθένειες δεν έπαψαν ποτέ να απειλούν τη δημόσια υγεία. Τα λοιμώδη νοσήματα επανέρχονται στο προσκήνιο και απειλούν όλη την ανθρωπότητα. Εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παρά τα μέτρα που λαμβάνονται.

Τα μεταδιδόμενα νοσήματα ξεκίνησαν από την αρχαιότητα και εμφανίζονται με τη μορφή *ενδημίας*, *επιδημίας* ή *πανδημίας*. Κάποια από αυτά, με το πέρασμα των χρόνων περιορίστηκαν, χωρίς όμως να πάψουν να απειλούν τη δημόσια υγεία, και κάποια άλλα επανήλθαν, παρά τα προληπτικά μέτρα, τη βελτίωση των οικονομικο-κοινωνικών συνθηκών, τους εμβολιασμούς, τη χρήση εξελιγμένων φαρμάκων κ.α. και απειλούν ακόμη και τις αναπτυγμένες χώρες (Μπαβέας Θ., 2012).

Στη σύγχρονη εποχή, οικονομικοί-κοινωνικοί παράγοντες, καθώς και άλλοι όπως η μετανάστευση, η βιομηχανοποίηση, τα ταξίδια, η παγκοσμιοποίηση κ.α. συντελούν στην εξάπλωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων και δημιουργούν νέα δεδομένα στην επιδημιολογία τους. Έτσι η εμφάνιση κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων σε μια χώρα μπορεί πολύ εύκολα να οδηγήσει σε μια επιδημία ή πανδημία και να απειλεί άμεσα τη δημόσια υγεία.

Επιπλέον, αρκετές φορές διαπιστώθηκε πως υπήρξε σκόπιμη απελευθέρωση μικροοργανισμών στο πλαίσιο βιοτρομοκρατικών ενεργειών ή για την προώθηση οικονομικο-πολιτικών συμφερόντων.

Η πρόληψη λοιπόν και η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων θεωρείται σημαντική συνιστώσα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση του δημοσίου συμφέροντος.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο, αναφερόμαστε στις βασικότερες έννοιες και είδη των λοιμωδών νοσημάτων και πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή από την ανακάλυψή τους έως και σήμερα.

Επίσης, επιχειρείται μια αναφορά των σημαντικότερων μεταδιδόμενων νοσημάτων, έτσι ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει τη φύση τους καθώς και τη δυνατότητα που έχουν να απειλούν τη δημόσια υγεία και να προκαλέσουν επιδημίες ή πανδημίες.

Εν συνεχεία, στο τρίτο δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρονται οι σημαντικότερες πολιτικές πρόληψης και μέτρα από λοιμώδη νοσήματα, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο εμβολιασμός καθώς και δράσεις που στοχεύουν στον περιορισμό της διάδοσής τους.

Επιπλέον, στο τρίτο κεφάλαιο, παρατίθεται το θεσμικό πλαίσιο προστασίας του ασθενούς και αναλύονται τα σημαντικότερα δικαιώματά του, όπως η «ενημερωμένη συναίνεση» (informed consent), το ιατρικό απόρρητο και η πληροφοριακή αυτοδιάθεση.

Στη συνέχεια, αναφερόμαστε στο θεσμικό πλαίσιο προστασίας της δημόσιας υγείας και αναλύονται οι έννοιες της υγείας και της δημόσιας υγείας.

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να αναφερθούμε περιληπτικά, στις κυριότερες συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προωθούν τον τομέα της δημόσιας υγείας.

Τέλος, γίνεται αναφορά στα ηθικά όρια και τις διαστάσεις της αυτονομίας του πάσχοντος από μεταδοτικό νόσημα καθώς και στον κοινωνικό στιγματισμό που δημιουργείται.

Η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με τον επίλογο και την παράθεση της βιβλιογραφίας.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **ΕΝΝΟΙΑ, ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

### **1.1 Ιστορική αναδρομή**

Τα λοιμώδη νοσήματα εμφανίζονται από την αρχαιότητα και έχουν «σημαδέψει» την ανθρώπινη ιστορία. Τρομακτικές πανδημίες άλλαξαν την μοίρα των λαών και επηρέασαν γεωπολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές πραγματικότητές τους.

Από τότε που ο άνθρωπος άρχισε να δημιουργεί οικισμούς, κατά τη διάρκεια της νεολιθικής εποχής, ήρθε αντιμέτωπος με διάφορα λοιμώδη νοσήματα. Πριν από τουλάχιστον 300 εκατ. χρόνια τα βακτηρίδια συνδέθηκαν με τα ζώα, προκαλώντας λοιμώδη νοσήματα και πριν από 500.000 χρόνια έχουν εντοπιστεί παθολογικά ευρήματα σε απολιθώματα, ενώ σε αιγυπτιακούς πίνακες παπύρου απεικονίζονται μολυσματικές ασθένειες, όπως η πολιομυελίτιδα. Όσο αυξανόταν ο πληθυσμός και οι ανθρώπινοι οικισμοί, σε συνδυασμό με την «κακή» ποιότητα ζωής, την έλλειψη τροφής και την ανεπάρκεια νερού, οι επιδημίες σφράγιζαν την ανθρωπότητα (Τούντας Γ., 2020).

Ανατρέχοντας στο παρελθόν, σύμφωνα με τον Καββαδά και συν. (2020), διαπιστώνεται ότι οι πανδημίες κατέστρεψαν ολόκληρες κοινωνίες, εξαφάνισαν πληθυσμούς, προσδιόρισαν την πορεία πολέμων, όμως βοήθησαν παρόλα αυτά και στην εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης και της δημόσιας υγείας. Κατά τη διάρκεια του Πελοποννησιακού Πολέμου (430 π. Χ) υπήρξε μεγάλη εξάπλωση της πανούκλας στην Αθήνα και Αίγυπτο. Η νόσος αυτή εξαπλώθηκε ταχύτατα λόγω του πολέμου και χιλιάδες άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους, ανάμεσά τους και ο ηγέτης των Αθηναίων Περικλής.

Μια άλλη φονική επιδημία της αρχαιότητας, ήταν η πανούκλα την εποχή του Ιουστινιανού (540 π.Χ.), όπου εξαπλώθηκε πολύ γρήγορα στην Ευρώπη και την Ασία και αφάνισε μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Αργότερα, (165-180 μ. Χ ), εκδηλώθηκε η πανώλη την εποχή των Αντωνίνων, ενώ ο ιατρός που την επιβεβαίωσε ήταν ο Γαληνός. Εξαπλώθηκε σε ολόκληρη την έκταση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας και είχε σοβαρό αντίκτυπο στην κοινωνία. Από το 1347 έως και το 1351 υπήρξε μια τεράστια πανδημία, ο «Μαύρος Θάνατος» ή πανούκλα, που προήλθε από ναυτικούς που ταξίδευαν στην Κίνα για μετάξι. Εκτιμάται ότι μέσα σε 50 έτη από την εμφάνισή της, είχε μειώσει τον παγκόσμιο πληθυσμό κατά 150 εκατομμύρια ανθρώπους.

Τη δεκαετία του 1500 εμφανίστηκε η «ευλογιά», μια μολυσματική ασθένεια που ξεκίνησε από την Ευρώπη και εξαπλώθηκε παντού, ενώ το 1800 ο «κίτρινος πυρετός» προήλθε από την Αφρική και μεταδόθηκε από το τσίμπημα κουνουπιών. Επίσης, στα τέλη του 1800, υπήρξε έξαρση της «φυματίωσης», και τότε για να αντιμετωπιστεί η ασθένεια άρχισαν να χτίζουν τα σανατόρια, σε χώρους με πολύ πράσινο, καθώς οι ασθενείς έπρεπε να αναπνέουν καθαρό αέρα και οξυγόνο για θεραπεία.

Η πρώτη παγκόσμια πανδημία που εμφανίστηκε στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα είναι η «ισπανική γρίπη». Το στέλεχος μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα εξαπλώθηκε σε κάθε γωνιά της γης και ο αριθμός των θανάτων ήταν τεράστιος, πιθανόν 100 εκατομμύρια νεκροί. Το 1918, ακολούθησε μετάλλαξη του ιού. Η νέα του μορφή ήταν σαφώς πιο επικίνδυνη, μολυσματική και θανατηφόρα. Ουσιαστικά, *«ο ιός επέστρεψε για να σκοτώσει αυτούς που είχαν διαφύγει την μόλυνση»* (Καββαδάς Δ. και συν, 2020).

Κατά την ίδια πηγή, ακολούθησαν και άλλες μεταδοτικές ασθένειες, όπως το HIV/AIDS, στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Ο ιός εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και προκάλεσε μεγάλη ταραχή, καθώς το HIV οδηγούσε αναπόφευκτα στο AIDS και στη συνέχεια στο θάνατο.

Τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα του αιώνα μας, τα οποία θα αναλυθούν σε επόμενο κεφάλαιο είναι επιγραμματικά :

- Η «Γρίπη των χοίρων» ή πανδημία H1N1 (2009).
- Η Επιδημία Ebola (2014-2016).
- Η ιλαρά και η ευλογιά.
- Η νόσος του νέου κορωνοϊού, SARS-Cov 2, COVID-19 (2019) κ.α..

Συμπερασματικά λοιπόν, τα λοιμώδη νοσήματα ανά αιώνα ήταν: στην αρχαία Ελλάδα, η ελονοσία, η φυματίωση και η γαστρεντερίτιδα, το 14<sup>ο</sup> αιώνα η λέπρα, το 15<sup>ο</sup> αιώνα η πανώλη, το 16<sup>ο</sup> η σύφιλη, το 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα η ιλαρά, η φυματίωση και η οστρακιά, το 19<sup>ο</sup> αιώνα η γρίπη, τον 20<sup>ο</sup> αιώνα το AIDS και οι νέου τύπου ιώσεις του αναπνευστικού συστήματος τον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

## **1.2 Έννοια και είδη λοιμωδών νοσημάτων**

*«Ως λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα καλούνται τα νοσήματα που οφείλονται σε κάποιον παθογόνο παράγοντα, ζωντανό οργανισμό ή τοξικά προϊόντα αυτού, που έχει την*

ικανότητα να μεταδίδεται και να πολλαπλασιάζεται, από έναν ξενιστή (άνθρωπο, ζώο, έντομο) σε έναν άλλο τρίτο άτομο» (Miquel Porta, 2008). Η μετάδοσή τους μπορεί να γίνει με άμεση επαφή (αίμα, σωματικά υγρά, αγκαλιά, σταγονίδια, επαφή με ζώα) και με έμμεση επαφή (έντομα, αερογενώς).

Βασικό χαρακτηριστικό των λοιμωδών νοσημάτων είναι ότι το άτομο που έχει προσβληθεί, ταυτόχρονα καθίσταται φορέας μετάδοσής τους σε άλλα άτομα. Επομένως, οι αποφάσεις του ασθενούς για την αντιμετώπιση τους επηρεάζουν αυτόματα και την υγεία του κοινωνικού συνόλου.

### 1.3 Τρόποι μετάδοσης

Σύμφωνα με τον Παπαϊωάννου (2015), η μετάδοση των λοιμωδών νοσημάτων μπορεί να γίνει με άμεσο τρόπο, με έμμεσο και αερογενώς. Στην πρώτη περίπτωση, η μεταφορά του παράγοντα γίνεται κατευθείαν στην πύλη εισόδου με:

- άμεση επαφή με άνθρωπο (φιλιά, σεξουαλική επαφή,)
- άμεση επαφή με ζώα (τσίμπημα, δάγκωμα)
- άμεση επαφή με το φυσικό περιβάλλον (χώμα, νερό).

Στον έμμεσο τρόπο, η μετάδοση πραγματοποιείται μέσω αντικειμένων, υλικών, ρούχων, και γενικά άψυχων αγωγών, που φέρουν ήδη το λοιμογόνο παράγοντα. Στην περίπτωση αυτή, ο παράγοντας πολλαπλασιάζεται και μεταφέρεται είτε με κάποια αρθρόποδα (έμψυχος διαβιβαστής), εντός των οποίων έχει ήδη αναπτυχθεί και πολλαπλασιαστεί, είτε με κάποιο έντομο που μεταφέρει τον παράγοντα από το έδαφος ή κάποιον άλλο οργανισμό, είτε με μηχανικό τρόπο (π.χ. μολυσμένες βελόνες).

Ένας άλλος τρόπος μετάδοσης είναι η αερογενής μετάδοση, δηλαδή η είσοδος στον οργανισμό από το αναπνευστικό σύστημα (σταγονίδια, σκόνη, σάλιο, βήχας, φτάρνισμα κ.α.),

Υπάρχουν όμως και κάποια νοσήματα που η μετάδοσή τους δεν γίνεται με κάποιον διαβιβαστή. Αυτά είναι τα λεγόμενα μολυσματικά ή κολλητικά π.χ. η ιλαρά.

Οι πύλες εισόδου για έναν λοιμογόνο παράγοντα είναι η εισπνοή, η κατάποση, το αίμα, οι βλεννογόνοι, το δέρμα ή ο πλακούντας. Συνεπώς, η μόλυνση μπορεί να εισχωρήσει σε έναν οργανισμό είτε από το αναπνευστικό σύστημα, είτε με άμεση επαφή (φιλή), είτε με έμμεση (από τον αέρα), ή το γαστρεντερικό σύστημα (με τη λήψη νερού ή



τροφής), από το δέρμα, από μετάγγιση αίματος ή δια του πλακούντα όπου η μόλυνση μεταδίδεται από τη μητέρα στο έμβρυο.

Η εμφάνιση των λοιμωδών νοσημάτων διακρίνεται σε:

- σποραδική, δηλαδή λίγα κρούσματα σε διαφορετικά διαστήματα,
- ενδημική, που σημαίνει συχνή εμφάνιση σε μια περιοχή αλλά σε μικρό κομμάτι του πληθυσμού,
- πανδημική, δηλαδή προσβολή σχεδόν ολόκληρου του πληθυσμού στις περισσότερες χώρες (Παπαϊωάννου Φ., 2015).

#### **1.4 Κατηγορίες μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων**

Τα λοιμώδη νοσήματα, ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσής τους, διακρίνονται σε ορισμένες κατηγορίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις για τη μετάδοση του νοσήματος απαιτείται ανθρώπινη επαφή (κοινωνική επαφή) ή σεξουαλική επαφή. Άλλα νοσήματα μπορούν να μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας ή μέσω του αέρα, ενώ άλλα από τα ζώα στον άνθρωπο (Ξηρός Θ., 2004).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων (ECDC 2012), τα λοιμώδη νοσήματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε:

- *Λοιμώξεις λόγω μικροβιακής αντοχής και νοσήματα που οφείλονται σε νοσοκομειακές λοιμώξεις.*

Τα αντιβιοτικά, από την ανακάλυψή τους, πριν 80 περίπου χρόνια, έχουν σώσει εκατομμύρια ζωές από βακτηριακές λοιμώξεις. Σήμερα όμως, οι ουσίες αυτές χάνουν με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό την αποτελεσματικότητά τους λόγω επιδείνωσης του φαινομένου της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά. Η μικροβιακή αντοχή, δηλαδή όταν τα μικρόβια δημιουργούν ανθεκτικότητα έναντι φαρμάκων που θα μπορούσαν να τα καταπολεμήσουν, καθιστούν τη θεραπεία λιγότερο αποτελεσματική ή εντελώς αναποτελεσματική. Σύμφωνα με το ECDC (2019), 33.000 θάνατοι ετησίως στην ΕΕ προκαλούνται λόγω λοιμώξεων σε νοσοκομεία και χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Η καταπολέμηση της μικροβιακής αντοχής είναι περίπλοκη. Και αυτό γιατί δεν μπορούν να ληφθούν στην πράξη ορθά μέτρα πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων, ούτε μπορεί να

χρησιμοποιηθεί με το σωστό τρόπο το σωστό φάρμακο. Να τονιστεί επίσης, ότι εδώ και αρκετά χρόνια δεν έχουν ανακαλυφθεί νέες κατηγορίες αντιβιοτικών. Σχεδόν το 40% της υγειονομικής επιβάρυνσης της μικροβιακής αντοχής προκαλείται από βακτήρια ανθεκτικά σε αντιβιοτικά τελευταίας γενιάς που δεν είναι αποτελεσματικά. Συνεπώς, είναι δύσκολο ή σχεδόν αδύνατο να θεραπευτούν οι μολυσματικοί ασθενείς (Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, 2019).

Επιπλέον οι λοιμώξεις που σχετίζονται με την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας είναι οι λοιμώξεις που αποκτώνται κατά τη διάρκεια παραμονής ενός ατόμου σε χώρους όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας (νοσοκομεία, γηροκομεία κ.α.). Συσχετίζονται άμεσα με τη μικροβιακή αντοχή λόγω του ότι προκαλούνται από πολυανθεκτικά μικρόβια. Οι λοιμώξεις αυτές μπορούν να θεωρηθούν ως «ιατρογενή ανεπιθύμητα συμβάντα» και όπως και η μικροβιακή αντοχή, αποτελούν δείκτες ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες ως προς τη φυσική ιστορία τους, την κλινική αντιμετώπιση και ως προς την επιδημιολογία τους, που τις καθιστούν ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας διεθνώς, αλλά και στη χώρα μας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

- *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και ιογενή νοσήματα μεταδιδόμενα μέσω του αίματος*

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για τη δημόσια υγεία. Μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και τα πιο γνωστά είναι, η σύφιλη, η γονόρροια, η χλαμύδα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, οι λοιμώξεις από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, οι ηπατίτιδες και η λοίμωξη HIV.

Από το 2009 λειτουργεί το νέο σύστημα επιτήρησης για τα υποχρεωτικώς δηλούμενα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και συλλέγει με ατομικά και συγκεντρωτικά δελτία εργαστηριακής δήλωσης τα δεδομένα για τη γονόρροια, τη σύφιλη, τις χλαμυδιακές λοιμώξεις και του αφροδίσιου λεμφοκοκκιάματος. Η δήλωση των παραπάνω ΣΜΝ είναι υποχρεωτική από το 1950 (Β.Δ. 3/9.11.1950), ενώ των χλαμυδιακών λοιμώξεων από το 2011 (Εθνικό Οργανισμός Υγείας, 2021).

- *Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα*

Τα *Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα* είναι νοσήματα που μεταδίδονται είτε με πυρήνες σταγονιδίων που περιέχουν μικροοργανισμούς, είτε με σωματίδια σκόνης που περιέχουν λοιμογόνους παράγοντες. Ουσιαστικά η μετάδοση γίνεται εξ επαφής, όταν δηλαδή υπάρξει επαφή βλεννογόνων (στόμα, ρινικός βλεννογόνος, επιπεφυκότας) με σταγονίδια που περιέχουν το λοιμογόνο παράγοντα (βήχας, φτάρνισμα, ομιλία κ.α.). Τα σημαντικότερα *Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα* είναι η φυματίωση, η γρίπη, η νόσος των Λεγεωνάριων, το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS) (Λαγκαδινού Μ., 2020).

- *Νοσήματα που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό*

Πρόκειται για μια κατηγορία μεταδοτικών νοσημάτων που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό. Θεωρούνται πλέον ασθένειες ελεγχόμενες και μπορούν να προληφθούν. Τα σημαντικότερα είναι η λοίμωξη από Πνευμονιόκοκκο, η λοίμωξη από Μηνιγγιτιδόκοκκο, ο κοκκύτης, η λοίμωξη από αιμόφιλο ινφλουέντσα b, η διφθερίτιδα, ο τέτανος, η ιλαρά, η ερυθρά, η παρωτίτιδα, η ευλογιά και η πολιομυελίτιδα.

- *Νοσήματα που μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας (Τροφιμογενή-Υδατογενή Νοσήματα)*

Τροφιμογενές ή Υδατογενές νόσημα είναι κάθε νόσημα που προκαλείται από την κατανάλωση νερού ή τρώφιμου, ενώ υπάρχουν περισσότερα από 250 διαφορετικά είδη. Τα συχνότερα είναι αυτά που προκαλούνται από τα βακτήρια *Campylobacter spp.* (Λοίμωξη από *Campylobacter*), *Salmonella spp.* (Σαλμονέλωση) και *Shigella spp.*, (Σιγκέλλωση), εντεροαιμορραγικό κολοβακτηρίδιο, καθώς και μια ομάδα ιών που είναι γνωστοί με την ονομασία *Nooroviruses*. Επιπλέον, κάποια τροφιμογενή νοσήματα προκαλούνται από την παρουσία τοξινών στα τρόφιμα που παράγονται από μικροοργανισμούς (Μπαλάσκας Κ., 2016).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ για την Ελλάδα, τα τροφιμογενή νοσήματα είναι τα συχνότερα δηλούμενα λοιμώδη νοσήματα, ενώ σημαντικός είναι και ο αριθμός των συρροών κρουσμάτων τροφιμογενούς νοσήματος που δηλώνονται κάθε χρόνο στη

χώρα μας. Τα πιο συχνά δηλούμενα τροφιμογενή νοσήματα είναι η σαλμονέλλωση, η ηπατίτιδα Α και η σιγκέλλωση.

- *Νοσήματα που προέρχονται από τα ζώα ή άλλη περιβαλλοντική προέλευση*

Ορισμένα βακτήρια και ιοί του ζωικού βασιλείου μπορεί να μεταλλαχθούν και να επηρεάσουν άλλα είδη. Πρόσφατο παράδειγμα του φαινομένου αυτού είναι ο ιός SARS-CoV-2 που ευθύνεται για την πανδημία που αντιμετωπίζουμε. Στο παρελθόν βέβαια, υπήρξαν και άλλοι ιοί που μεταπήδησαν από τα ζώα στον άνθρωπο ή και το αντίθετο. Οι λοιμώξεις που προέρχονται από τα ζώα λέγονται ζωνόσοι. Σήμερα, υπάρχουν περισσότεροι από 40 ζωνόσοι που μεταδίδονται με επαφή και πάνω από 50 που μεταδίδονται με δάγκωμα. Οι σημαντικότερες λοιμώξεις είναι ο ιός που προκαλεί τον Covid-19, ο ιός H1N1, η Βουβωνική Πανώλη ή Μαύρος Θάνατος, η ελονοσία, ο Δάγγειος Πυρετός, ο ιός Ebola, κ.α. (Δημητρακόπουλος Α. , 2021).

## **1.5 Τα σημαντικότερα λοιμώδη νοσήματα που σκόρπισαν το θάνατο στην Ελλάδα και Ευρώπη**

Είναι γεγονός ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από τα λοιμώδη νοσήματα μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία πενήντα χρόνια. Όμως, παρά τη βελτίωση των συνθηκών ζωής και του σύγχρονου τρόπου ζωής, την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και την κατανάλωση φαρμάκων και αντιβιοτικών κ.α., επανεμφανίζονται παλαιότερες μορφές λοιμωδών νοσημάτων, καθώς και παρουσιάζονται νέες που αποτελούν στις μέρες μας μια τεράστια και ανυπολόγιστη απειλή για τη δημόσια υγεία.

Τα σημαντικότερα λοιμώδη νοσήματα, που απείλησαν ολόκληρες κοινωνίες και σκόρπισαν το θάνατο, παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω:

### **1.5.1 HIV/AIDS**

Μία από τις σοβαρότερες ασθένειες, η οποία εμφανίστηκε στα τέλη του 1970, ενώ ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά το 1981 είναι ο ιός HIV/AIDS. «Ο HIV (Human

*Immunodeficiency Virus- Ιός Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου*), είναι ο ιός που προκαλεί το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Καταστρέφει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, τα CD4+T λεμφοκύτταρα, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία του οργανισμού από λοιμώξεις και άλλα νοσήματα» (ΕΟΔΥ, 2020)

Από τη στιγμή που ένα άτομο θα μολυνθεί, ο ιός παραμένει στο σώμα για πάντα. Θεωρείται ρετροϊός, δηλαδή έχει γενετικό υλικό το RNA, το οποίο με τη δράση ενός ενζύμου μετατρέπεται σε DNA και ενσωματώνεται στο ανθρώπινο γονιδίωμα. Ο συγκεκριμένος ιός έχει τη δυνατότητα να μεταλλάσσεται και να αναπαράγεται με απίστευτα γρήγορο ρυθμό. Δηλαδή, τη στιγμή που ένας άνθρωπος μολύνεται, ο ιός μπορεί να μεταφέρει δεκάδες εκατομμύρια λοιμογόνους παραγόντες του HIV και εκατομμύρια διαφορετικές μεταλλάξεις του.

Το AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ή αλλιώς Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας είναι αποτέλεσμα του ιού HIV. Και οι δύο ονομασίες συγχέονται και αναφέρονται ουσιαστικά στον ίδιο ιό. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι το AIDS είναι μια προχωρημένη HIV νόσος.

Η λοίμωξη αυτή, το 1970 εξαπλώθηκε ραγδαία στην Κεντρική Αφρική και αργότερα στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.. Τα πρώτα θύματα ήταν κυρίως νεαροί ομοφυλόφιλοι και εξαρτημένοι από ουσίες. Στην Ελλάδα, το πρώτο κρούσμα της λοίμωξης HIV εμφανίστηκε το 1983, ενώ από το 1984 και έπειτα υπάρχει δήλωση και καταγραφή των κρουσμάτων. Διαχρονικά, η τάση της επιδημίας ήταν αυξητική. Συγκεκριμένα, το 2011 με 954 περιστατικά και το 2012 με 1180, υπήρξε μια αύξηση των κρουσμάτων, συνήθως σε άτομα που χρησιμοποιούσαν ουσίες, ενώ ακολουθεί το 2013-2014 μια σημαντική πτώση. Στην τελευταία καταγραφή το 2020, επιβεβαιώνονται 601 κρούσματα, όπου οι 482 είναι άνδρες και οι 119 γυναίκες (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2010-2020).

Αναλυτικά την τελευταία δεκαετία τα κρούσματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κρούσματα HIV/έτος</b>							
<b>2010</b>	519	<b>2013</b>	920	<b>2016</b>	616	<b>2019</b>	603
<b>2011</b>	954	<b>2014</b>	802	<b>2017</b>	628	<b>2020</b>	601
<b>2012</b>	1180	<b>2015</b>	691	<b>2018</b>	687	<b>2021</b>	402

Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Πως μεταδίδεται όμως το AIDS; Η αλήθεια είναι πως δεν μολύνεται κάποιος με το άγγιγμα, την αγκαλιά, τον ιδρώτα ή την συνύπαρξη σε εργασιακούς χώρους. Η μόλυνση με τον ιό γίνεται με τους εξής τρόπους:

- Κατά την σεξουαλική επαφή δια μέσου των υγρών του σώματος όπως το σπέρμα, τις κολπικές εκκρίσεις και το αίμα.
- Από το μολυσμένο αίμα κατά τις μεταγγίσεις ή όταν χρησιμοποιούνται ίδιες σύριγγες, μεταξύ χρηστών ναρκωτικών ή από τυχαίο ατύχημα από βελόνα που περιέχει αίμα μολυσμένο.
- Από τη μητέρα στα βρέφη κατά την εγκυμοσύνη, κατά τον τοκετό ή ακόμη και με το θηλασμό.

Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με το χρονικό διάστημα που έχει μολυνθεί κάποιος ασθενής. Ο ιός προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα και οι ασθενείς σταδιακά αναπτύσσουν ασθένειες, οι οποίες κάτω από κανονικές συνθήκες εξουδετερώνονται από το ανοσοποιητικό σύστημα. Με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα γίνονται σοβαρότερα και τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Διογκωμένοι λεμφαδένες
- Πυρετός, ρίγη, νυχτερινή εφίδρωση
- Διάρροια
- Απώλεια βάρους
- Βήχας, δυσκολία αναπνοής
- Πληγές στο δέρμα
- Προβλήματα όρασης και πονοκέφαλοι
- Προσβολή από μολύνσεις και ειδικά ορισμένες μορφές πνευμονίας (Κέντρο Ζωής, 2021).

### **1.5.2 Ηπατίτιδα Β (HBV)- Ηπατίτιδα C (HCV)**

Η ηπατίτιδα αποτελεί παγκόσμια υγειονομική μάστιγα και ταυτόχρονα τεράστιο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία, αφού προσβάλλει εκατομμύρια ανθρώπους. Οι τύποι Β και C είναι περισσότερο διαδεδομένοι και απειλητικοί γιατί μετά από χρόνια φλεγμονή του ήπατος μπορούν να οδηγήσουν σε κίρρωση ή ηπατοκυτταρικό καρκίνο (Χατζάκης Α., Καντζανου Μ., 2013).

Είναι βασική αιτία της χρόνιας ηπατικής νόσου και για να εκδηλωθεί μόνιμη βλάβη του ήπατος χρειάζεται να περάσουν ίσως και περισσότερα από 20 χρόνια.

Τα συμπτώματα δεν είναι πάντα εμφανή, μπορεί όμως να περιλαμβάνουν:

- Μειωμένη όρεξη και ναυτία
- Κιτρίνισμα του δέρματος
- Αλλαγή χρώματος ούρων
- Αρθραλγίες
- Κόπωση, αδυναμία, καταβολή (Ζάβος Χ., 2019)

Η μετάδοση του ιού στην ηπατίτιδα Β, γίνεται είτε με τη σεξουαλική επαφή με ήδη μολυσμένο άτομο είτε από μολυσμένα αντικείμενα με αίμα (π.χ. σύριγγες, οδοντόβουρτσες), είτε από τη μητέρα στο βρέφος κατά τον τοκετό ή κατά την κύηση. Η μετάδοση δεν γίνεται με τροφή, νερό, αγκαλιά, χειραψία, βήχα ή φτέρνισμα. Αντίθετα, ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται από μολυσμένα με αίμα αντικείμενα και σπανιότερα από σεξουαλική επαφή ή από τη μητέρα στο βρέφος.

Υπολογίζεται ότι οι φορείς της ηπατίτιδας Β στην χώρα μας, ως το 2019 είναι 200.000. Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη της νόσου και των επιπλοκών της είναι ο εμβολιασμός. Όσον αφορά την ηπατίτιδα C, υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα οι φορείς κυμαίνονται σε 80.000, ενώ σε παγκόσμια κλίμακα 200 εκατομμύρια άτομα είναι χρόνιοι φορείς της HCV. Σύμφωνα με έρευνες, η Ελλάδα ανήκει στις χώρες ενδιάμεσης ενδημικότητας με τάση μείωσης του επιπολασμού της ηπατίτιδας Β, κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Όμως, η πρόσφατη μαζική μετανάστευση μπορεί να οδηγήσει σε αλλοιώσεις των επιδημιολογικών δεδομένων. Σύμφωνα με τον ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., κατά τη χρονική περίοδο 1998-2011 δηλώθηκαν 1970 κρούσματα HBV και 958 κρούσματα HCV, όπου στη Βόρεια Ελλάδα παρατηρείται υψηλότερη κατανομή λόγω της παρουσίας μεταναστών (Raptopoulou M., Papatheodoridis G., Antoniou A. et. al., 2008).

Η Ελλάδα έχει θέσει ως εθνικό στόχο την εξάλειψη της νόσου ως το 2030. Το σχέδιο δράσης έχει τέσσερις βασικούς άξονες που αφορούν την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τέλος την αποκατάσταση. Αρχικά, συλλέγονται στοιχεία από όλη τη χώρα, τα οποία προέρχονται από την υποχρεωτική δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων. Εν συνεχεία, υπάρχει επικοινωνία με το θεράπων ιατρό, προκειμένου να συλλεχθούν περισσότερα στοιχεία (Η Καθημερινή, 2019).

### 1.5.3 Φυματίωση (TB)

Η φυματίωση είναι μια λοιμώδης μεταδοτική νόσος που οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή βάκιλο του Koch. Συνήθως προσβάλλει τους πνεύμονες, δηλαδή επηρεάζει το αναπνευστικό σύστημα και μεταδίδεται άμεσα από τον πάσχοντα (με βήχα, φτέρνισμα, σταγονίδια) και έμμεσα δηλαδή με την εισπνοή μολυσμένης σκόνης με το βάκιλο της φυματίωσης. Κάποιες φορές μπορεί να επηρεάσει το γαστρεντερικό και το νευρικό σύστημα, το δέρμα, τους λεμφαδένες και τα οστά. Επιπλέον, μπορεί να μεταδοθεί και με την κατανάλωση μολυσμένων τροφών.

Η λοίμωξη δημιουργεί πολλά οζίδια. Τα «φυμάτια» όπως ονομάζονται, αντικαθιστούν τις φυσιολογικές δομές, καταστρέφουν τους ιστούς και δημιουργούν κοιλότητες. Η φυματίωση αναπτύσσεται αργά και μπορεί να οδηγήσει σχετικά πολύ γρήγορα στο θάνατο, αν δεν υπάρξει θεραπεία. Με το βήχα του ασθενούς δημιουργείται διασπορά των μικροβίων τα οποία με τη σειρά τους, εισέρχονται στους πνεύμονες άλλων ανθρώπων. Αν τα άτομα είναι υγιή, «τα μικρόβια παγιδεύονται και καταστρέφονται από τους αμυντικούς μηχανισμούς του πνεύμονα» (European Lung Foundation, 2021). Αν οι πνεύμονες όμως δεν λειτουργούν σωστά, τότε τα μικρόβια αναπτύσσονται και προκαλούν τη νόσο. Υψηλότερο κίνδυνο να νοσήσουν έχουν οι ανοσοκατασταλμένοι, αυτοί που πάσχουν από κάποιο νόσημα και αυτοί που έχουν προσβληθεί από HIV. Στα συχνότερα συμπτώματα περιλαμβάνονται ο πυρετός, η κόπωση, ο βήχας, ο πόνος στον θώρακα, η ανορεξία και η απώλεια κιλών, η παραγωγή πτυέλων, οι πόνοι στα οστά και η διόγκωση λεμφαδένων (European Lung Foundation, 2021).

Το επιδημικό κύμα της φυματίωσης παρουσιάζει την αιχμή του την 1<sup>η</sup> δεκαετία του αιώνα στην Ελλάδα και οι επιδημιολογικοί δείκτες είναι υψηλότεροι από τις χώρες της ΕΕ. Η μέγιστη θνησιμότητα καταγράφεται την περίοδο εκείνη ιδιαίτερα στα βιομηχανικά αστικά κέντρα. Η φυματίωση εκείνη την εποχή ήταν μη αντιμετωπίσιμη και περισσότεροι από 100.000 Έλληνες πέθαναν στη δεκαετία (1929-1938). Ο πόλεμος, η εξάντληση και η πείνα προκάλεσαν έξαρση της ασθένειας η οποία «θέριζε» όποιον βρισκόταν στο διάβα της. Η κατάσταση αυτή τότε, δημιούργησε πρόκληση για τους γιατρούς καθώς αδυνατούσαν να δώσουν κάποια αποτελεσματική θεραπεία. Το κράτος από την πλευρά του αναλαμβάνει αρκετές δράσεις, ιδιαίτερα για την απομόνωση και προστασία των νοσούντων. Έτσι, αρχικά το 1904 λειτουργεί το Κρατικό Απολυμαντήριο στην Αθήνα, το 1905 το πρώτο αντιφυματικό Ίδρυμα στην Ελλάδα «Σωτηρία», το 1914 αρχίζει να



λειτουργεί το πρώτο Σανατόριο, το 1916 το πρώτο υπαίθριο δημοτικό σχολείο για φυματικά παιδιά και στη συνέχεια ιδρύθηκαν Σανατόρια σε όλη την Ελλάδα (Στογιαννίδης Γ., 2020).

Σήμερα, η φυματίωση υπάρχει σε όλο τον κόσμο. Μεγαλύτερη επιβάρυνση παρατηρείται στην Ινδία, Ινδονησία, Κίνα, Φιλιππίνες, Πακιστάν, Νιγηρία, Μπαγκλαντές και Ν. Αφρική και κυρίως γίνεται ενδημική στις περισσότερες φτωχές χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2007 υπήρχαν περίπου 15.000.000 περιπτώσεις φυματίωσης και 1,8 εκατομμύρια θάνατοι. Η μεγάλη μετακίνηση των πληθυσμών είναι ένας παράγοντας που αντιδρά αρνητικά στον έλεγχο της λοίμωξης ενώ το 2006 οι Υπουργοί Υγείας κήρυξαν τη φυματίωση ως «επείγον τοπικό πρόβλημα για την Ευρώπη» και ζήτησαν αυξημένα κονδύλια για την αντιμετώπισή της (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Το 2019 υπολογίζεται ότι 10.000.000 άνθρωποι νόσησαν από φυματίωση παγκοσμίως, ενώ οι θάνατοι ήταν 1.400.000, συμπεριλαμβανομένων 208.000 ασθενών με HIV (Κωνσταντόπουλος Σ.Ηρ., 2009).

Στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, λόγω της αύξησης του αριθμού και της μακρόχρονης παραμονής των προσφύγων/μεταναστών σε συνθήκες ομαδικής διαβίωσης, παρατηρείται αυξημένος αριθμός περιστατικών φυματίωσης. Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ, το 2018 δηλώθηκαν 432 νέες περιπτώσεις φυματίωσης, όπου οι 218 αφορούσαν αλλοδαπούς. Το 2020 παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση της λοίμωξης, δεδομένου ότι η πρόσβαση στο σύστημα υγείας έχει διαταραχθεί λόγω της Πανδημίας.

Για τη φυματίωση κυκλοφορεί εμβόλιο εδώ και αρκετά χρόνια (BCG), το οποίο περιλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και πραγματοποιείται κυρίως σε παιδιά 6 ετών.

#### ***1.5.4 Μαύρη Πανώλη (Πανούκλα)***

Η επιδημία της πανώλης προκάλεσε το θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Η πανώλη είναι ένα λοιμώδες νόσημα, προκαλούμενο από το βάκιλο του *Yersinia pestis*, ένα αρνητικό κατά gram βακτηρίδιο της οικογένειας των εντεροβακτηριοειδών. Εμφανίζεται με δύο μορφές, τη βουβωνική και την πνευμονική πανώλη. Υπήρξε μάλιστα της ανθρωπότητας από την αρχαιότητα και θεωρείται ότι έχει προκαλέσει τους περισσότερους θανάτους από όλα τα λοιμώδη νοσήματα. Τα συμπτώματα είναι διόγκωση των λεμφαδένων της βουβωνικής χώρας, του λαιμού και των

λεμφαδένων, συνοδευόμενα από πυρετό και παραλήρημα. Ο θάνατος προερχόταν από τη ψηφαιμική διασπορά της νόσου σε όλο το σώμα. Η πνευμονική πανώλη συνοδευόταν από δύσπνοια, αιματηρή απόχρεμψη και κυάνωση και υποστηρίζεται ότι ήταν περισσότερο μεταδοτική. Στη βουβωνική πανώλη η μετάδοση γινόταν μέσω των αρουραίων ή ψύλλων που ήταν μολυσμένοι, ενώ στην πνευμονική πανώλη γινόταν μέσω ατόμων ήδη μολυσμένων (www.protothema.gr, 2020).

Η Μαύρη Πανώλη εμφανίστηκε στην Ευρώπη το 1347 μέσω της στρατιάς των Μογγόλων στην Κριμαία. Οι πολεμιστές προσβλήθηκαν από τη νόσο και τη μετέδωσαν στην πόλη. Εν συνεχεία, μέσω των γενοβέζικων πλοίων η πανώλη μεταφέρεται στην Κωνσταντινούπολη και τη Μεσσήνη της Σικελίας. Έτσι, σταδιακά θα πλήξει όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Η ταχύτατη διάδοση της πανδημίας στην Ευρώπη συνδέεται με τα εμπορικά δίκτυα. Η ασθένεια θα ενδημήσει στην Ευρώπη μέχρι τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, με φάσεις ύφεσης της νόσου και τακτικές επανεμφανίσεις. Στην Ευρώπη υποστηρίζεται ότι αφανίστηκε το 30%- 60% του πληθυσμού, με αποτέλεσμα την ερήμωση χωριών και την καταστροφή των πόλεων. Έτσι οι Αρχές για να αντιμετωπίσουν τα επαναλαμβανόμενα κρούσματα και να προστατεύσουν τη δημόσια υγεία θα προβούν σε πιο συντονισμένα μέτρα. Αρχικά στη Γένοβα και τη Βενετία, προχωρούν στην απαγόρευση εισόδου στα λιμάνια όσων πλοίων προέρχονται από μολυσμένες περιοχές και αργότερα ορίζουν μια περιοχή απομόνωσης (καραντίνας) για 40 ημέρες των νεοαφιχθέντων πλοίων. Επίσης, κατασκευάζονται ειδικοί χώροι εγκλεισμού των ασθενών και υπόπτων της μεταδοτικής ασθένειας. Επιπλέον, οι άρχοντες των πόλεων μεριμνούν για την καθαριότητα και απολύμανση των πόλεων για τον περιορισμό της μετάδοσης (Βαξεβάνογλου Α., 2021).

Στην Ελλάδα, η πανώλη εμφανίστηκε το 1828 από το πλήρωμα ενός πλοίου, σε μεταφορά αιχμαλώτων από την Αίγυπτο στη Μεθώνη. Τα μέλη του πληρώματος προσβλήθηκαν από τον ιό και οι περισσότεροι πέθαναν, ενώ υπήρξε μετάδοσή του και στην Ύδρα, όπου επέστρεψε το πλοίο και δεν λήφθηκαν τα αναγκαία μέτρα. Αρχικά, επιβλήθηκε καραντίνα 50 ημερών στους κατοίκους του νησιού, απομόνωση των νοσούντων και απολύμανση σπιτιών και δημόσιων χώρων. Ωστόσο, η πανδημία επεκτάθηκε στο νησί, αλλά και στις Σπέτσες, ενώ αργότερα μεταφέρθηκε στην Αργολίδα, στα Μέγαρα, στον Πόρο, στη Χαλκίδα και στα Καλάβρυτα σημαίνοντας γενικό συναγερμό. Ο διάσημος γιατρός Λουί Αντρέ Γκοσέ, εξουσιοδοτήθηκε από τον Καποδίστρια να κάνει ότι είναι δυνατόν ώστε να αναχαιτίσει την πανώλη. Έτσι, επιβλήθηκαν μέτρα όπως η απομόνωση των νοσούντων, η καύση των ρούχων των νεκρών, το κλείσιμο καφενείων και εκκλησιών, απολύμανση όλων των χώρων κ.α.. Αρχικά

φαινόταν ότι η νόσος θα εξαλειφθεί καθώς τα κρούσματα είχαν μειωθεί, όμως μετά από λίγους μήνες εμφανίστηκε δεύτερο κύμα της επιδημίας. Περιοχή με επιβαρυσμένο αριθμό κρουσμάτων ήταν τα Καλάβρυτα και εκεί ακριβώς εστίασαν την προσοχή τους οι αρχές, ώστε να μην ξεφύγει η επιδημία. Χάρη των συντονισμένων προσπαθειών της κυβέρνησης στην περιοχή, η επιδημία δεν διαδόθηκε στην υπόλοιπη Πελοπόννησο και καταπολεμήθηκε και στις περιοχές που είχε κάνει την εμφάνισή της. Κατά την περίοδο 1913-1920 εμφανίζονται νέα κρούσματα στο λιμάνι του Πειραιά, από το θαλάσσιο εμπόριο. Οι εκφορτωτές των πλοίων, το πλήρωμα και τα ποντίκια που ζούσαν μέσα στα πλοία, ήταν οι φορείς της ασθένειας που τη μετέδιδαν στους εργάτες του λιμανιού του Πειραιά ή σε ποντίκια της πόλης, τα οποία με τη σειρά τους επιμόλυναν τους Αθηναίους. Η πρώτη μείωση των κρουσμάτων άρχισε να φαίνεται από το 1924 που πάρθηκαν μέτρα για την επίλυση του προβλήματος (Φιλίστωρ Ι., 2020).

### ***1.5.5 Χολέρα***

*Με τον όρο «χολέρα» νοείται «η οξεία διαρροϊκή νόσος που οφείλεται σε προσβολή του εντέρου από την ενεροτοξίνη που παράγει το Gram-αρνητικό βακτήριο δονάκιο της χολέρας» (ΕΟΔΥ, 2020). Η μετάδοσή της γίνεται μέσω της κατανάλωσης μολυσμένου νερού ή τροφής και σπάνια από άνθρωπο σε άνθρωπο. Τα συμπτώματα είναι υδαρή διάρροια και έμετοι που μπορεί να οδηγήσουν σε αφυδάτωση, μυϊκές κράμπες, υπογλυκαιμία, κυκλοφοριακή καταπληξία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οξεία ανεπάρκεια και κώμα. Σε περιπτώσεις σοβαρής αφυδάτωσης, ο θάνατος μπορεί να επέλθει σε μερικές ώρες και η θνητότητα να ανέλθει στο 50% (Μαζοκοπάκης Η.Ε., 2019).*

Η χολέρα υπήρξε μια από τις μάλιστα της ανθρωπότητας. Εξαπλώθηκε πολύ γρήγορα σε όλο τον πλανήτη πλήττοντας το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της γης, σε επτά κύματα. Η Αθήνα, ανήκει στο τρίτο κύμα το 1854, το οποίο ξεκίνησε από την Ινδία, εξαπλώθηκε στη Μέση Ανατολή, στη Ρωσία, στη Δυτική Ευρώπη και έφτασε μέχρι τη Βόρεια και Νότια Αμερική. Η πανδημία μεταδόθηκε στη χώρα μας από τη Γαλλία, όταν ο Γαλλικός Στρατός επέστρεφε από τον Κριμαϊκό Πόλεμο. Η χολέρα έπληξε πρώτα τον Πειραιά και στη συνέχεια εξαπλώθηκε σε ολόκληρη την Αθήνα. Η απουσία αποτελεσματικών μέτρων για την αντιμετώπιση της ασθένειας είχε σαν αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό θανάτων και την εξάπλωσή της αρχικά στη Σύρο και στη συνέχεια σε

Τήνο, Μύκονο, Πάρο κ.α.. Σταδιακά οι κάτοικοι άρχισαν να φεύγουν από την Αθήνα, τα σχολεία έκλεισαν και η αγορά είχε νεκρώσει, ενώ η αισχροκέρδεια σε βασικά είδη διατροφής, όπως το κρέας, το ψωμί και το ρύζι, οργίαζε. Η μοναδική λύση δόθηκε με την χρήση λοιμοκαθαρτηρίων, όπου αποτελούσαν μια μορφή καραντίνας για τους ασθενείς της νόσου (Poulakou-Rebelakou E., Mandyla-Kousouni M., Tsiamis C, .).

### 1.5.6 Τύφος

Με τον όρο «τύφος» αναφέρονται «μια σειρά ασθενειών που προκαλούνται από την παρουσία ενός από τα παρακάτω βακτήρια στον οργανισμό: *Ricrettsia typhi* ή *Ricrettsia Prowazekii*» (www.wikipedia.gr., 2021). Υπάρχουν δύο διαφορετικά είδη τύφου :

- ✓ Ο ενδημικός, που μεταδίδεται μέσω ψύλλων που συμβιώνουν με αρουραίους και θεωρείται ηπιότερος. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ξηρό βήχα, ναυτία, εμετό και ευκοιλία, διαρκούν 10-12 ημέρες και η περίοδος επώασης της νόσου είναι 5-14 ημέρες. Εάν ακολουθηθεί η σωστή ιατρική αγωγή προσφέρει ίαση.
- ✓ Ο επιδημικός ή εξανθηματικός , που μεταδίδεται μέσω τσιμπημάτων από αρθρόποδα. Θεωρείται σοβαρότερη μορφή της νόσου και οι ασθενείς χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγηθούν στο θάνατο.

Ο εξανθηματικός τύφος έχει συνδεθεί κυρίως με τους πολέμους και το χαμηλό επίπεδο προσωπικής υγιεινής. Η μετάδοσή του γίνεται από άτομο σε άτομο μέσω των ψειρών (ακάρων) του σώματος. Τα βακτήρια μπορούν να μεταδοθούν μέσω τσιμπημάτων από αρθρόποδα. Εάν ένα άτομο ξύσει το σημείο στο οποίο έχει τσιμπηθεί, τα βακτήρια εισέρχονται μέσω της πληγής στην κυκλοφορία του αίματος και προκαλούν τη λοίμωξη. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται βήχας, εξανθήματα, διογκωμένοι λεμφαδένες, ερυθρότητα στο σημείο του τσιμπήματος και πυρετό.

Στην Αθήνα, ο τύφος παρουσιάστηκε πριν τη Γερμανική Κατοχή. Ξεκίνησε από τη Φλώρινα, επεκτάθηκε διαδοχικά στη Στερεά Ελλάδα και το 1941 έφτασε στην Αθήνα, ενώ κρούσματα καταγράφονταν έως το 1944. Οι νοσούντες αρχικά μεταφέρονταν στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νοσημάτων, με ευθύνη του Δημόσιου Απολυμαντηρίου. Σύμφωνα με στοιχεία του Σταθμού Ε.Ε.Σ, το 1942 η νόσος έπληξε τις ηλικίες 15-35 και τα επόμενα δύο χρόνια τις ηλικίες 10-20. Έως το τέλος του 1941 είχαν καταγραφεί 270 κρούσματα και 31 θάνατοι (Τσιάμης Κ., και συν., 2016).

### **1.5.7 Τυφοειδής πυρετός**

«Ο τυφοειδής πυρετός προκαλείται από το βακτήριο *Salmonella typhi* και *Salmonella paratyphi*. Οφείλεται στην πρόληψη μολυσμένης τροφής ή υγρών όπου τα βακτήρια διεισδύουν στο τοίχωμα του λεπτού εντέρου και προκαλούν φλεγμονή των λεμφαδένων και του σπλήνα» (www.healthyliving.gr, 2015). Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται ξαφνικά ρίγη, πυρετός, πονοκέφαλος, βήχας, αδυναμία και κόπωση. Αν δεν αντιμετωπιστεί ο τυφοειδής πυρετός, ο ασθενής περνάει στο δεύτερο στάδιο, όπου αρρωσταίνει βαριά.

Ο τυφοειδής πυρετός, γνωστός και ως «Λοιμός των Αθηνών» έφτασε στην Αθήνα μέσω του λιμανιού του Πειραιά και έσπειρε το θάνατο σε περίπου 50.000 ανθρώπους (430-426 π. Χ), ανάμεσά τους και ο Περικλής. Ο Θουκυδίδης, που χτυπήθηκε και ο ίδιος από την ασθένεια περιγράφει τα συμπτώματα και αναφέρει πως ο πυρετός ήταν τόσο υψηλός που οι ασθενείς δεν μπορούσαν να υποφέρουν ούτε τα πιο λεπτά ρούχα και προτιμούσαν να μένουν γυμνοί. Οι περισσότεροι πέθαιναν σε 7-9 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων, ενώ αν κάποιοι ήταν τυχεροί και ξεπερνούσαν το πρώτο στάδιο της λοίμωξης στη συνέχεια υπέφεραν από έλκωση, ακατάσχετη διάρροια, παραμόρφωση των άκρων και των γεννητικών οργάνων κ.α. (Jones H.S.& Powell J.E., 1942).

Κατά την γερμανική κατοχή, ο τυφοειδής πυρετός αποτελούσε ένα σοβαρό κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία και παρουσίαζε υψηλή θνητότητα. Σε όλη τη διάρκεια της Κατοχής καταγράφονταν κρούσματα και θάνατοι, μεμονωμένα ή στο πλαίσιο μικρών επιδημικών εκρήξεων.

### **1.5.8 Λέπρα (Νόσος Hansen)**

Η λέπρα ή αλλιώς Νόσος του Χάνσεν είναι χρόνια λοιμώδης ασθένεια που προκαλείται από τα μυκοβακτήρια *Mycobacterium leprae* και *Mycobacterium lepromatosis* (www.wikipedia, 2021). Ο μικροοργανισμός αυτός ανακαλύφθηκε από το γιατρό G.A.Hansen το 1873 και γι' αυτό επίσημα λέγεται και «Νόσος του Χάνσεν». Προσβάλλει κυρίως το δέρμα και το νευρικό σύστημα και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, κυρίως με τα ρινικά σταγονίδια και την παρατεταμένη στενή επαφή. Το κύριο σύμπτωμα της νόσου είναι η εμφάνιση μεμονωμένων κόκκινων κηλίδων στο δέρμα που

εξαπλώνονται αργότερα σε όλο το σώμα. Επιπλέον, παρατηρείται πτώση των μαλλιών, φρυδιών και απώλεια τριχών σε άλλα μέρη του σώματος καθώς και παραμορφώσεις στα χέρια, πόδια και το πρόσωπο. Συχνά παρατηρείται απώλεια όρασης, επειδή προσβάλλεται το νευρικό σύστημα. Η επώαση της νόσου είναι περίπου 2-10 χρόνια και παρόλο που θεωρείται πολύ παλιά ασθένεια ακόμα και στις μέρες μας σε χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής υπολογίζεται ότι καθημερινά νοσούν περίπου 1000 άτομα.

Η λέπρα είναι μια πολύ παλιά μεταδοτική ασθένεια. Πιθανότατα έφτασε στην Ευρώπη από τα στρατεύματα του Μεγάλου Αλεξάνδρου τον 4<sup>ο</sup> αιώνα, όταν επέστρεψαν από την Ανατολή. Αρχικά παρουσιάστηκε στην Ινδία και εξαπλώθηκε και στην Αίγυπτο. Οι άνθρωποι τότε θεωρούσαν ότι ήταν μια θεόσταλη τιμωρία για τις αμαρτίες που είχαν πράξει. Αργότερα, από τον 11<sup>ο</sup> έως το 14<sup>ο</sup> αιώνα η ασθένεια πήρε τεράστιες διαστάσεις. Το 16<sup>ο</sup> αιώνα παρουσιάστηκε μια ύφεση, αλλά και πάλι εξαπλώθηκε από Κινέζους ερευνητές και μετανάστες. Την επόμενη δεκαετία η νόσος αρχίζει σιγά σιγά να υποχωρεί, ενώ οι Ιάπωνες εκτέλεσαν όλους τους λεπρούς που είχαν μείνει. Το 19<sup>ο</sup> αιώνα, η λέπρα στη Νορβηγία πήρε τεράστιες διαστάσεις. Οι καταγεγραμμένοι ασθενείς ξεπερνούσαν τις 3000. Οι κακές συνθήκες υγιεινής και οι καιρικές συνθήκες ευνοούσαν τη μετάδοση της ασθένειας. Οι Νορβηγοί αντιμετώπισαν τη νόσο απομονώνοντας τους λεπρούς σε λεπροκομεία (Κοντογιάννη Μ., 2010).

Η Ελλάδα ήταν συνεχώς εκτεθειμένη στη λέπρα εξαιτίας της γεωγραφικής της θέσης. Αποτελούσε τόπο διέλευσης εμπορικών οδών και ναυτιλιακών ή στρατιωτικών δραστηριοτήτων. Μετά το 1840, σε πολλές περιοχές υπήρξαν ενδημικές εστίες, όπως η Σάμος, η Χίος, η Λέρος, η Ήπειρος, η Κρήτη κ.α.. Στις περιοχές αυτές για να αντιμετωπιστεί η ασθένεια ιδρύθηκαν τα λεπροκομεία, όπου εξορίζονταν οι λεπροί για να προφυλαχθεί ο υπόλοιπος λαός από την ασθένεια. Συνήθως οι αποικίες αυτές ιδρύονταν σε νησάκια και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν κακές. Θύμιζαν περισσότερο φυλακές παρά νοσοκομεία που παρείχαν φροντίδα στους ασθενείς. Να αναφέρουμε ότι το λεπροκομείο της Χίου υπήρξε το αρχαιότερο στην Ελλάδα και από τα αρχαιότερα στην Ευρώπη. Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1378 και έκλεισε το 1957. Στη Σάμο, το λεπροκομείο θεμελιώθηκε το 1887 και λειτούργησε έως και το 1966. Τέλος, το λεπροκομείο στη Σπιναλόγκα ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1903 και αργότερα χαρακτηρίστηκε Διεθνές Λεπροκομείο, καθώς μεταφέρονταν εκεί περιστατικά από όλη τη χώρα. Το 1948 ανακαλύφθηκε το πρώτο φάρμακο κατά της λέπρας και το λεπροκομείο της Σπιναλόγκας, που επί 50 ολόκληρα χρόνια αποτελούσε το σημείο αναφοράς του ανθρώπινου πόνου, έκλεισε οριστικά τις πόρτες.

Στις μέρες μας η λέπρα μπορεί να αντιμετωπιστεί με φάρμακα αποτελεσματικά και να αποφευχθεί η μετάδοσή της. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει πλέον καταγραφή περιστατικών λέπρας. Ωστόσο, σε χώρες όπως η Ινδία και το Μπαγκλαντές καταγράφονται πολλές χιλιάδες νέα κρούσματα και επικρατεί ακόμη κοινωνικός ρατσισμός και αποκλεισμός από πάσης φύσεως κοινωνικά δρώμενα.

### **1.5.9 Ελονοσία**

Η ελονοσία, όπου διεθνώς αποκαλείται και malaria (από τις ιταλικές λέξεις: mal+aria= κακός αέρας), είναι μια λοιμώδης νόσος που προκαλείται από παρασιτικά πρωτόζωα και μεταδίδεται μέσω του τσιμπήματος μολυσμένου θηλυκού κουνουπιού του γένους *Anopheles*. Τα κουνούπια μολύνονται από ασθενείς με παρασιταιμία. Με το τσίμπημα εισάγονται τα παράσιτα, μέσω του σάλιου του κουνουπιού στο ανθρώπινο αίμα. Εν συνεχεία, τα παράσιτα ταξιδεύουν μέχρι το ήπαρ, όπου ωριμάζουν και αναπαράγονται (Βαρλάμης Σ., και συν., 2011).

Σύμφωνα με αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ελονοσία κατατάσσεται 5<sup>η</sup> σε σειρά αιτία θανάτου μεταξύ των λοιμώξεων, ως υπεύθυνη για περισσότερους από ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως, με την πλειονότητα των οποίων να αφορά παιδιά που ζουν στην Αφρική. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, εφίδρωση, ρίγη, πονοκέφαλο, βήχα και πόνο στο στήθος. Σε περιπτώσεις σοβαρής νόσησης μπορεί να συνυπάρχουν εξάντληση, πολύ υψηλός πυρετός, χαμηλή πίεση, δυσκολία αναπνοής, πνευμονικό οίδημα, σοβαρή αναιμία, οξεία ηπατική ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια και ενδαγγειακή πήξη. Η αναιμία και το πνευμονικό οίδημα αποτελούν σοβαρές επιπλοκές της ελονοσίας, όπου τα παράσιτα αποφράζουν τα αγγεία του εγκεφάλου με συνέπεια να μην αιματώνεται επαρκώς (Πιπεράκη Ε.Θ., Λεγάκης Ν.Ι., 2003).

Η ελονοσία ενδημεί σχεδόν σε 100 χώρες του πλανήτη και κυρίως στην Ασία, στη Λατινική Αμερική και την υποσαχάρια Αφρική. Ως τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα ενδημούσε και σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2012 εκτιμάται ότι υπήρξαν 207 εκατομμύρια περιπτώσεις ελονοσίας. Εκείνο το χρόνο, η ασθένεια οδήγησε στο θάνατο 473.000-789.000 ανθρώπους, πολλοί από τους οποίους ήταν παιδιά στην Αφρική (Κατσαρέλη Σ., 2020). Ενώ το 2000 είχε σημειωθεί πρόοδος στη

μείωση των κρουσμάτων, τα επόμενα χρόνια (2015 και μετά) σύμφωνα με τον ΠΟΥ φαίνονται ανησυχητικά. Η περιοχή της Αφρικής φέρει το 90% των κρουσμάτων και των θανάτων από ελονοσία παγκοσμίως. Το 2017 ο αριθμός των κρουσμάτων ήταν 200 εκατομμύρια και ο αριθμός των θανάτων 403.000. Εκτιμάται πως στις χώρες της Αφρικής κάθε ένα λεπτό πεθαίνει ένα παιδί από ελονοσία (RBM-Partnership To End Malaria, 2021).

Η Ελλάδα έως το 1960 άνηκε στις ενδημικές χώρες, όμως μέσα από συντονισμένες δράσεις (1946-1960), κατάφερε να εκριζώσει τη νόσο το 1974. Παρόλα αυτά, στις ευάλωτες περιοχές υπάρχει πάντοτε το ενδεχόμενο μετάδοσής της, κυρίως λόγω της μετακίνησης πληθυσμού από ενδημικές χώρες. Από το 1975 έως το 2005, δηλώνονταν ετησίως περίπου 30-50 περιπτώσεις ελονοσίας, εκ των οποίων τα περισσότερα περιστατικά ήταν εισαγόμενα. Από το 2005 έως και το 2009 δηλώθηκαν συνολικά 171 περιστατικά, ενώ το 2010 δηλώθηκαν 44 κρούσματα, εκ των οποίων τα 40 αφορούσαν μετανάστες (Κωσταρίδης Π., και συν., 2019).

Τα δεδομένα της επιδημιολογικής επιτήρησης προέρχονται από τις δηλώσεις που είχαν αποστείλει οι θεράποντες ιατροί στο ΚΕ.ΕΛ Π.ΝΟ. Τα κρούσματα ελονοσίας όπως καταγράφηκαν κατά την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας είναι:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ελονοσία/Έτος**

<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ</b>	<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ</b>
<b>2011</b>	<b>96</b>	<b>2015</b>	<b>87</b>
<b>2012</b>	<b>93</b>	<b>2016</b>	<b>117</b>
<b>2013</b>	<b>25</b>	<b>2017</b>	<b>107</b>
<b>2014</b>	<b>38</b>	<b>2018</b>	<b>55</b>
<b>2019</b>	<b>39</b>	<b>2021</b>	<b>25</b>
<b>2020</b>	<b>23</b>		

Πηγή: ίδια επεξεργασία



### 1.5.10 Ιλαρά

Η ιλαρά είναι μια ιογενής λοίμωξη υψηλής μεταδοτικότητας που οφείλεται στο ιό της ιλαράς. Πρόκειται για μια σοβαρή ασθένεια που μπορεί να επιφέρει επιπλοκές, ακόμη και το θάνατο. Η νόσος διακρίνεται από 3 στάδια:

- Το πρόδρομο ή καταρροϊκό στάδιο
- Το εξανθηματικό στάδιο
- Το στάδιο της αποδρομής ή ανάρρωσης.

Το πρόδρομο στάδιο έχει διάρκεια 2-4 ημέρες. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται πυρετός, έντονα καταρροϊκά συμπτώματα, βήχας, επιπεφυκίτιδα και φωτοφοβία. Επίσης, 1-2 ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος εμφανίζονται οι κηλίδες Koplic, που είναι μικρά και λευκωπά στίγματα.

Το εξανθηματικό στάδιο, έχει διάρκεια 5-6 ημέρες και χαρακτηρίζεται από την παρουσία εξανθημάτων, αρχικά αραιά και ροδαλά, και στη συνέχεια γίνονται ερυθρά. Κυρίως, εμφανίζονται πίσω από τα αυτιά στην αρχή και στη συνέχεια εξαπλώνονται στο πρόσωπο, τον κορμό και τα άκρα.

Το στάδιο της αποδρομής χαρακτηρίζεται από την πτώση του πυρετού και την εξαφάνιση των εξανθημάτων.

Η ιλαρά μεταδίδεται αερογενώς, με την εισπνοή των σταγονιδίων που προέρχονται από το μολυσμένο άτομο κατά το βήξιμο ή το φτέρνισμα. Τα σταγονίδια μπορούν να παραμείνουν στον αέρα για αρκετές ώρες. Επίσης, η μετάδοση γίνεται και μέσω μολυσμένων επιφανειών και αντικειμένων, όπου ο ιός μπορεί να παραμείνει για περισσότερες από 2 ώρες.

Το 30% των ατόμων που μολύνονται από ιλαρά μπορεί να εμφανίσουν επιπλοκές, όπως ωτίτιδα και διάρροια.

Μια σοβαρότερη επιπλοκή είναι η πνευμονία, η οποία είναι η συχνότερη αιτία θανάτου που σχετίζεται με την ιλαρά. Επίσης, 1 στους 1000 ασθενείς παρουσιάζει εγκεφαλίτιδα, μια πάθηση που προκαλεί μόνιμη νευρολογική αναπηρία.

Το ποσοστό θνησιμότητας είναι 1-3 άτομα στα 1000 κρούσματα και είναι υψηλότερο στα παιδιά κάτω των 5 ετών και στα ανοσοκατασταλαμένα άτομα.

Η μόνη προστασία κατά της ιλαράς είναι ο εμβολιασμός. Στην Ελλάδα, το εμβόλιο άρχισε να κυκλοφορεί στις αρχές του 1970, ενώ το 1981 εισάχθηκε στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Το 1989 δε, ενισχύθηκε ως τριπλό εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-πρωτίτιδας

(MMR) και απαιτούνται δύο δόσεις. Στις Ευρωπαϊκές χώρες η πρώτη δόση χορηγείται σε ηλικία 10-18 μηνών, ενώ η δεύτερη δόση χορηγείται συνήθως 1-2 μήνες αργότερα (Παπαθανασίου Α., 2012).

Η θεραπεία της ιλαράς γίνεται με αντιβιοτικά φάρμακα, για να αποφευχθούν οι επιπλοκές, και καραντίνα από το σχολείο ή τη δουλειά, των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων.

Στην Ευρώπη, ο ετήσιος αριθμός επιβεβαιωμένων κρουσμάτων από το 2001 είναι χιλιάδες, ενώ κάποιες χώρες όπως η Αυστρία, η Βουλγαρία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Ελβετία παρουσίασαν κρούσματα και τα τελευταία χρόνια (ECDC, 2020).

Επιδημίες ιλαράς στη χώρα μας εμφανίστηκαν το 1996, το 2005-2006, το 2010-2011 και 2017-2018. Την ίδια περίοδο σημειώνονται εξάρσεις της επιδημίας της ιλαράς και σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Η μετανάστευση των πληθυσμών σε συνδυασμό με την έξαρση του ιού, συμβάλλουν στην ευκολότερη διακίνηση και διασπορά του. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα του ΚΕΕΛΠΝΟ, η επιδημία του 2005-2006 στην Ελλάδα, έπληξε περισσότερο μικρές ηλικίες (κυρίως τσιγγάνικης καταγωγής), αλλά και νέους ενήλικες. Αυτό οφειλόταν στη χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών αυτών. Σημειώνεται ότι, την περίοδο εκείνη μόνο 2-12% είχε εμβολιαστεί, με αποτέλεσμα οι σημερινοί ενήλικες να θεωρούνται ανεμβολίαστοι για το συγκεκριμένο ιό (Λογοθέτη Μ., και συν., 2009).

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα που υποβλήθηκαν από τις Ευρωπαϊκές χώρες, το διάστημα Σεπτέμβριος 2017 έως τέλη Αυγούστου 2018 έχουν αναφερθεί 13547 περιπτώσεις ιλαράς, εκ των οποίων οι 9364 επιβεβαιώθηκαν εργαστηριακά. Τα περισσότερα περιστατικά καταγράφονται στην Ελλάδα 3171, στη Γαλλία 2792, στην Ιταλία 2718, στη Ρουμανία 1765 και το Ηνωμένο Βασίλειο 1007 (Ράδος Σ.Κ., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π., 2019).

Πιο αναλυτικά στη χώρα μας, κατά τις φάσεις επιδημίας καταγράφηκαν:

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ιλαρά</b>	
2006	518 κρούσματα
2010	149 κρούσματα
2017	968 κρούσματα
2018	2291 κρούσματα

Πηγή: ίδια επεξεργασία

### 1.5.11 Ευλογιά

Κατά τους Μεσαιωνικούς Χρόνους, έκανε την εμφάνισή της στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο η ευλογιά. Μια βαριά λοιμώδης νόσος, με υψηλότατο ποσοστό θνησιμότητας, όπου έως και το 18<sup>ο</sup> αιώνα παρέμεινε κύρια αιτία θανάτου.

Η ευλογιά ήταν μια μολυσματική ασθένεια που πρόσβαλλε αποκλειστικά τον άνθρωπο και οφειλόταν στους ιούς: Variola major ή Variola minor. Εντοπιζόταν κυρίως στα μικρά αιμοφόρα αγγεία του δέρματος, καθώς και του στόματος και του λαιμού. Προκαλούσε στο δέρμα ερυθρά εξανθήματα και αργότερα φουσκάλες γεμάτο υγρό. Στις επιπλοκές από τη μόλυνση συμπεριλαμβάνονταν οι χαρακτηριστικές ουλές, κυρίως στο πρόσωπο, και λιγότερο συχνά η τύφλωση, η οστεομυελίτιδα, η παραμόρφωση των άκρων και η έλκωση κερατοειδούς.

Η μετάδοση από άτομο σε άτομο ήταν πολύ εύκολη μέσω σταγονιδίων ασθενών ή από τα εξανθήματα ή τα ανοιχτά έλκη στο σώμα τους, αλλά και από αντικείμενα πάνω στα οποία ο ιός μπορούσε να επιβιώσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μετά από επώαση περίπου 12 ημερών, οι προσβεβλημένοι ασθενείς εμφάνιζαν υψηλό πυρετό και αδιαθεσία. Στη συνέχεια ο ασθενής εμφάνιζε εξανθήματα στο πρόσωπο και το λαιμό και σταδιακά σε όλο το σώμα.

Κάθε χρόνο η ευλογιά οδηγούσε στο θάνατο περίπου 400.000 ανθρώπους, ενώ κάποιους τους άφηνε «σημαδεμένους ή τυφλούς για το υπόλοιπο της ζωής τους» (iatrikanews.gr, 2015). Κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα προκάλεσε 300-500 εκατομμύρια θανάτους σε ολόκληρο τον κόσμο. Το 1967, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προσβλήθηκαν 15 εκατομμύρια άνθρωποι και πέθαναν 2 εκατομμύρια. Το 1980 ανακοινώθηκε η εξάλειψη της ευλογιάς, ύστερα από επιτυχημένα προγράμματα εμβολιασμού. Μέχρι σήμερα το «κηλιδωτό τέρας», όπως την αποκαλούσαν, είναι η μοναδική ασθένεια που έχει εξαλειφθεί πλήρως. Η ανθρωπότητα οφείλει ένα φόρο τιμής στον Έντουαρντ Τζένερ, τον εφευρέτη των εμβολίων, που άνοιξε το δρόμο στην ανθρωπότητα να απαλλαγεί από τη θανατηφόρα αυτή μάστιγα της ευλογιάς, και κατά συνέπεια και από άλλα θανατηφόρα νοσήματα (Riedel S., 2005).

### **1.5.12 *Ιός Έμπολα***

Η Νόσος του Έμπολα είναι μια ανθρώπινη νόσος που προκαλείται από τον Ιό Έμπολα. Μεταδίδεται μετά από επαφή με αίμα ή με τα υγρά του σώματος κάποιου μολυσμένου ζώου. Μόλις η μόλυνση επέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό, μπορεί να εξαπλωθεί και μεταξύ των ανθρώπων.

Η περίοδος επώασης είναι κατά μέσο όρο 8-10 ημέρες και τα συμπτώματα εκδηλώνονται 2-21 ημέρες μετά από την έκθεση στον ιό. Στα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται ο πυρετός, ο πονόλαιμος, οι μυϊκοί πόνοι, ο πονοκέφαλος, η ναυτία, η διάρροια και η μειωμένη λειτουργία των νεφρών και του συκωτιού. Στο τελικό στάδιο, οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα, αιμορραγίας και καταλήγουν.

Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλά καθώς 50-90% των ατόμων που μολύνονται καταλήγουν στο θάνατο.

Για πρώτη φορά εμφανίστηκε το 1976 στο Νότιο Σουδάν και στο Yumbuka, ένα χωριό κοντά στον ποταμό Έμπολα, από τον οποίο πήρε και το όνομά της η ασθένεια. Το 2014-2016 υπήρξε τεράστια εξάπλωση στην Δυτική Αφρική. Μέχρι τις 19 Αυγούστου 2014 είχαν αναφερθεί 27.952 επιβεβαιωμένα κρούσματα, συμπεριλαμβανομένων 11.284 θανάτων (Διλιντάς Α., Σεβαστάκη Γ., 2015).

### **1.5.13 *Ισπανική Γρίπη***

Η Ισπανική Γρίπη ξέσπασε το 1918 και διήρκησε έως το χειμώνα του 1920. Είχε μεγάλη μεταδοτικότητα και συνήθως πρόσβαλε άτομα ηλικίας 20-40 ετών. Τα συμπτώματα ήταν πυρετός και δύσπνοια. Η μεταδοτικότητα και η εξέλιξη της ασθένειας ήταν ταχύτατη. Το πρώτο θανατηφόρο κρούσμα αναφέρεται στις 31 Ιουλίου στην Αθήνα. Το δεύτερο κύμα της πανδημίας ξεκίνησε τον Αύγουστο και κορυφώθηκε τον Οκτώβρη του 2018, ενώ ήταν αυτό που χτύπησε σοβαρά τη χώρα μας. Εκτιμάται πως η Ισπανική Γρίπη είχε ως αποτέλεσμα το θάνατο 21.640.000 ανθρώπων παγκοσμίως.

Ο ιός μεταπήδησε από τα πτηνά στον άνθρωπο και στη συνέχεια άρχισε να μεταδίδεται μεταξύ των ανθρώπων. Αρχικά, οι γιατροί δεν γνώριζαν ότι έχουν να κάνουν με μια φονική πανδημία και δεν πρότειναν κανένα προληπτικό μέτρο. Όσπου μέσα σε λίγες μέρες το βασικότερο πρόβλημα ήταν το κουβάλημα των νεκρών.

Ο θάνατος προερχόταν από οξύ φλεγμονώδες πνευμονικό οίδημα, αιμορραγική πνευμονίτιδα ή πνευμονία με οξύ αιμορραγικό οίδημα. Επίσης, παρατηρούνταν κυάνωση του δέρματος, ιδιαίτερα γύρω από το πρόσωπο, το στόμα, το λαιμό και τα δάκτυλα.

Τα πρώτα κρούσματα εκδηλώθηκαν στη Γαλλία το 1918 και το Μάιο επεκτάθηκαν σε όλη τη Γαλλία, στην Ιταλία, στη Μεγάλη Βρετανία και τη Γερμανία. Τον Ιούνιο έφτασε στις Ινδίες, τη Νέα Ζηλανδία και τον Αύγουστο στη Νότιο Αφρική. Σε όλες τις χώρες δημιουργήθηκε πρόβλημα με την ταφή των θυμάτων, καθώς τα νεκροταφεία δεν επαρκούσαν. Το πρώτο κρούσμα στην Ελλάδα έφτασε στην Πάτρα το καλοκαίρι του 1918. Τον Οκτώβρη εξαπλώθηκε στην Δυτική Μακεδονία, τα Τρίκαλα, την Πάτρα και σε ολόκληρη τη χώρα και κατόπιν διαταγής έκλεισαν τα σχολεία, τα καφενεία και απαγορεύονταν οι συναθροίσεις και συνωστισμός. Ο μόνος τρόπος προφύλαξης ήταν η χρήση μάσκας όπου στις περισσότερες χώρες έγινε υποχρεωτική. Στη Σκύρο από τους 3200 κατοίκους, οι 3000 νόσησαν. Οι άνθρωποι πέθαιναν ο ένας μετά τον άλλο και σύντομα ο φόβος για το μέλλον και ο θάνατος οδηγούσαν στην τρέλα.

Ο Φαλτάιτς μέσα από το βιβλίο του «Η Γρίπη στη Σκύρο» δίνει πολύτιμες πληροφορίες για την εξάπλωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Παρουσιάζει τη συμφορά που έπληξε το νησί του, καθώς με το ξέσπασμα της πανδημίας πήγε εκεί και καταγράφει το χρονικό της νόσου, την απόγνωση, το θάνατο, τον πόνο, το φόβο και τον αφανισμό του νησιού. Περιγράφει το φόβο της αρρώστιας ως εξής:

*«Ο φόβος, ένας φόβος κακός, κρύος, ύπουλος, ζωντανός, άρχισε να κυριαρχεί παντού, φόβος προσωποποιημένος με την ιδέα της αρρώστιας, μιας αρρώστιας ζωντανής κι αυτής, κακιάς, παγερής, αμείλικτης, ματωμένης».*

Επίσης, περιγράφει την απομόνωση, την ερημιά και τον πόνο ως εξής:

*«Κλειστά όλα τα σπίτια, κι ως έξω στους δρόμους το βραχνό ροχαλητό του βήχα, και τα αγκομαχιάσματα που βγαίνανε από τις πόρτες κι από τα σφραλισμένα τα παράθυρα. Και παντού τα κοράκια, που όλο ουρλιάζανε, κι όλο κλαίγανε μαζεμένα κοπάδια και σύννεφα μέσα στους δρόμους του χωριού, και πάνω στα λιακωτά, και στις αυλές, για ν' απλώνονται ύστερα πάνω στους βράχους του νεκροταφείου, και να κρέμονται ψηλά στο Κάστρο, μουγκό, τρομαχτικό, απαίσιο, με τα χαλάσματά του γεμάτα από τις συντροφιάς και τους χορούς των φαντασμάτων» (Φαλτάιτς Κ., 2021).*

Η ανθρωπότητα τελικά κατάφερε να βγει ζωντανή από αυτή την πανδημία καθώς ο γιατρός Σέιλερ κατάφερε να βρει το φάρμακο για την ασθένεια και ξεκίνησαν μαζικοί εμβολιασμοί.

#### **1.5.14 Γρίπη**

Η γρίπη είναι μια μεταδοτική νόσος του αναπνευστικού συστήματος. Υπάρχουν τρία γένη του ιού της γρίπης. Η γρίπη Α που είναι η περισσότερο παθογόνα, η Β που είναι λιγότερο και η C που κυρίως εμφανίζεται στα παιδιά. Σε λοίμωξη από τη γρίπη, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν δευτερογενή βακτηριακή πνευμονία (Heaton P., 2020).

Ταλαιπωρεί την ανθρωπότητα, ιδίως το χειμώνα, υπό τη μορφή της εποχικής γρίπης, προσβάλλοντας κάθε χρόνο πάνω από 100 εκατομμύρια ατόμων στο Βόρειο Ημισφαίριο. Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο, περίπου 10.000 άτομα χάνουν τη ζωή τους. Στη χώρα μας παρατηρείται έξαρση της εποχικής γρίπης το διάστημα μεταξύ Νοεμβρίου και Φεβρουαρίου. Κάθε χρόνο, περίπου το 20% του πληθυσμού προσβάλλεται από τη γρίπη, ενώ σοβαρή νόσηση και επιπλοκές συναντάται κυρίως στα πολύ μικρά παιδιά, στους ηλικιωμένους και στις ευπαθείς ομάδες (Μαρής Γ., 2021).

Κατά την περίοδο 2020-2021 τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, η δραστηριότητα της γρίπης παρέμεινε σε σχετικά χαμηλά επίπεδα. Αυτό οφείλεται στα μέτρα προστασίας από την πανδημία (όπως μάσκες, αποφυγή συναθροίσεων και συνωστισμού, συχνή απολύμανση χεριών κ.α.).

Τα συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζουν όσοι νοσούν είναι:

- Πυρετός,
- Πονοκέφαλος,
- Μυϊκός πόνος,
- Αδιαθεσία,
- Καταρροή,
- Πονόλαιμος,
- Βήχας,

ενώ στις επιπλοκές περιλαμβάνονται η ιγμορίτιδα, η ωτίτιδα, η πνευμονία και η εγκεφαλίτιδα. Παρά το γεγονός ότι τα οξείας φάσης συμπτώματα όπως ο πυρετός και τα αναπνευστικά υποχωρούν μετά από 3-5 ημέρες, ο έντονος βήχας και η εξάντληση μπορούν να διαρκέσουν περίπου 10 ημέρες

Η γρίπη μπορεί να μεταδοθεί πολύ εύκολα από άτομο σε άτομο. Η μετάδοση γίνεται μέσω της άμεσης επαφής με σταγονίδια και εκκρίσεις από το βήχα, το φτέρνισμα ή ακόμη και την αναπνοή.

Ως ασφαλέστερο διαθέσιμο μέσο πρόληψης της γρίπης θεωρείται ο εμβολιασμός.

Όμως επειδή ο ιός συνεχώς μεταλλάσσεται, ο εμβολιασμός θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο, με έμφαση τις ομάδες αυξημένου κινδύνου (Κοσμίδης Ι., 2009).

Παρακάτω αποτυπώνονται οι σοβαρότερες πανδημίες γρίπης:

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Πανδημίες Γρίπης</b>		
<b>Όνομα</b>	<b>Χρονολογία</b>	<b>Θάνατοι</b>
Ρωσική Γρίπη	1889-1890	1 εκατομμύριο
Ισπανική Γρίπη	1918-1920	50 εκατομμύρια
Ασιατική Γρίπη	1957-1958	2 εκατομμύρια
Γρίπη του Χονγκ Κονγκ	1868-1869	1 εκατομμύριο

Πηγή: ίδια επεξεργασία

#### **1.5.15 Γρίπη των Πτηνών (H5N1)**

Η γρίπη των πτηνών (στέλεχος H5N1) έχει ήδη αποδειχθεί καταστροφική για τις χώρες που έχει πλήξει. Από τον Δεκέμβριο του 2003 έως το Δεκέμβριο του 2005 έχουν νοσήσει τουλάχιστον 142 άνθρωποι και 74 πέθαναν. Επίσης, περισσότερα από 140 εκατομμύρια πτηνά έχουν πεθάνει από τη νόσο ή θανατώθηκαν προληπτικά.

Το πρώτο κρούσμα του στελέχους H5N1 στον άνθρωπο παρατηρήθηκε σε ένα αγοράκι 3 ετών στο Hong Kong το 1997. Τον ίδιο χρόνο άλλα 17 άτομα νόσησαν, ενώ συνολικά 6 άτομα έχασαν τη ζωή τους. Η αντίδραση των αρχών στο Hong Kong ήταν άμεση. Θανάτωσαν ολόκληρο τον πληθυσμό των πτηνών όλης της περιοχής και ίσως η αντίδραση αυτή έσωσε τον κόσμο από μια πανδημία. Δέκα μήνες αργότερα ξεκίνησε στην Κορέα το μεγαλύτερο κύμα.

Από το 2004 έως και τις αρχές του 2005, νέες περιπτώσεις γρίπης H5N1 καταγράφηκαν σε 9 Ασιατικές Χώρες. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπήρξαν 175 επιβεβαιωμένα περιστατικά, όπου τα 96 πέθαναν (Kuriakis C.S., Reeth K.Van., 2017).

Τα συμπτώματα της νόσου στους ανθρώπους περιλαμβάνουν υψηλό πυρετό, ρίγος, κακουχία, κεφαλαλγίες και συμπτώματα που προέρχονται από το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχουν διάρροιες, κοιλιακός άλγος,

πόνος των πλευρών και ρινορραγίες (Μίχος Α., 2006).

### **1.5.16 Γρίπη των Χοίρων**

Η γρίπη H1N1 οφείλεται σε έναν ιό που εμφανίστηκε μεταλλαγμένος το 2009, προσβάλλει ανθρώπους και ονομάζεται αλλιώς και γρίπη των χοίρων, γιατί περιέχει γονίδια από τον ιό της γρίπης των χοίρων. Ο ιός αυτός προκάλεσε πανδημία γρίπης στον πλανήτη μας γιατί δεν υπήρχε ανοσία και θεωρείται οξεία νόσος του αναπνευστικού.

Τα συμπτώματα του H1N1 περιλαμβάνουν:

- Υψηλό πυρετό,
- Βήχα,
- Πόνο στους μύες και τις αρθρώσεις.

Επίσης μπορούν να συνυπάρχουν:

- Καταρροή
- Πονόλαιμος
- Πονοκέφαλος
- Ρίγη
- Αίσθημα κόπωσης
- Διάρροια

Η μετάδοση γίνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, μέσω των σταγονιδίων που εκπέμπει ο ασθενής στο περιβάλλον όταν βήχει ή φτερνίζεται. Επίσης, η μετάδοση μπορεί να γίνει και με έμμεσο τρόπο, δηλαδή μέσω μολυσμένων αντικειμένων κ.α. που έχουν εκτεθεί στο ιό. Ο ιός επιβιώνει στις επιφάνειες 2-8 ώρες και η περίοδος της μεταδοτικότητας είναι 1-7 ημέρες μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει ο H1N1 μπορεί να είναι σοβαρές στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε αυτές ανήκουν τα παιδιά κάτω των 2 ετών, τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, τα άτομα με υποκείμενα νοσήματα όπως διαβήτη, σάκχαρο, παχυσαρκία κ.α., καθώς επίσης και οι έγκυες (Επιτροπή Λοιμώξεων Υγεία., 2014).

Ο H1N1 εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 2009 στο Μεξικό και εξαπλώθηκε ραγδαία σε όλο τον κόσμο. Στις 11 Ιουνίου 2009 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), διακήρυξε την πανδημία γρίπης του 2009 από το νέο τύπο του ιού της γρίπης Α (www.wikipedia, 2022). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βόρεια Ελλάδα



το Μάιο του 2009, το πρώτο κρούσμα πανδημικής γρίπης άνηκε σε έναν Έλληνα φοιτητή που είχε επιστρέψει από το Ηνωμένο Βασίλειο. Στη διάρκεια των δύο μηνών (Μάιος-Απρίλιος) στην περιοχή ανιχνεύθηκαν 1632 κρούσματα., από τους οποίους οι 250 χρειάστηκε να νοσηλευτούν, καθώς παρουσίασαν επιπλοκές. Την ίδια χρονική περίοδο, στην ίδια περιοχή καταγράφηκαν 32 θάνατοι (Γκιούλα Γ., Μελίδου Α., Εξηντάρη Μ. και συν., 2011).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, τουλάχιστον 12.220 άνθρωποι στον πλανήτη πέθαναν από αυτή τη γρίπη, από τον Απρίλιο του 2009 έως και το τέλος του έτους. Η πανδημία έληξε τον Αύγουστο του 2010 με περίπου 18.500 θανάτους. Στην Ελλάδα δεν είχε καταγραφεί κανένα κρούσμα H1N1 από τον Απρίλιο του 2011 και μετά και έτσι σήμανε το τέλος της πανδημίας.

### ***1.5.17 Σαλμονέλωση***

Η σαλμονέλωση είναι μια λοίμωξη που προκαλείται από το βακτήριο σαλμονέλα και θεωρείται τροφιμογενής. Η νόσος εκδηλώνεται ως οξεία γαστρεντερίτιδα, η οποία διαρκεί 3-7 ημέρες και συνοδεύεται από πυρετό, κοιλιακό άλγος, μυαλγία, πονοκέφαλο, ναυτία και έμετο. Η περίοδος επώασης του νοσήματος κυμαίνεται 6 έως 72 ώρες, ενώ η περίοδος μεταδοτικότητας διαρκεί για όσο χρονικό διάστημα αποβάλλεται το παθογόνο με τα κόπρανα (από αρκετές ημέρες ως και μήνες). Ο τρόπος μετάδοσης είναι η κατανάλωση μολυσμένου με κόπρανα τρόφιμου ή νερού. Επίσης, μολυσμένα ωμά τρόφιμα μπορούν να αποτελέσουν πηγή επιμόλυνσης άλλων τροφίμων ή η μόλυνση ενός τρόφιμου μπορεί να συμβεί και μέσω των χεριών ενός ασθενή.

Στις επιπλοκές της νόσου συμπεριλαμβάνονται η αφυδάτωση, κυρίως στα παιδιά και τους ηλικιωμένους, και σπανιότερα η σηψαιμία και ο σχηματισμός αποστημάτων. Οι θάνατοι από σαλμονέλωση δεν είναι συχνοί, εκτός αν πρόκειται για ανοσοκατασταλμένα άτομα, παιδιά και ηλικιωμένους.

Η νόσος απαντάται σε όλο τον κόσμο, αλλά συχνότερα εντοπίζεται στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Σύμφωνα με τα δεδομένα του 2008, η μέση δηλούμενη επίπτωση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν 29,8 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους. Στην Ελλάδα, η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση, για τα έτη 2000-2010, ήταν 6,6 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού. Το νόσημα, την περίοδο αυτή στη χώρα μας,

ήταν συχνότερο στις ηλικίες 0-4 έτη και παρουσίαζε αύξηση τους καλοκαιρινούς μήνες (ΚΕΕΛΠΝΟ, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, 2011).

### ***1.5.18 Τέτανος***

Ο τέτανος είναι μια οξεία νόσος που προκαλείται από το βακτήριο του κλωστηριδίου του τετάνου, που αναπτύσσεται αναερόβια στην περιοχή του τραύματος. Το μικρόβιο εισέρχεται στον οργανισμό μέσω τραύματος, εγκαύματος ή από το οφθαλμικό κολόβωμα. Η μετάδοση γίνεται συνήθως μέσω επιμολυσμένου τραύματος.

Ο τέτανος δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο. Είναι το μοναδικό λοιμώδες νόσημα που προλαμβάνεται με τον εμβολιασμό, χωρίς να είναι μεταδοτικό. Ο χρόνος επώασης είναι από 3 έως 21 ημέρες και συναντάται κυρίως στις αγροτικές περιοχές και στις οικονομικά υποβαθμισμένες χώρες.

Παγκοσμίως ο τέτανος αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία, καθώς προκαλεί 200.000-300.000 θανάτους ετησίως. Ο δείκτης θνησιμότητας κυμαίνεται από 10-70%, όμως για τους πλήρως εμβολιασμένους είναι ο μισός.

Στη χώρα μας, την περίοδο 2004-2020 η επίπτωση της νόσου παραμένει χαμηλή. Μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης στο Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό, δηλώθηκαν συνολικά 91 κρούσματα τετάνου. Δηλαδή, η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση για τα έτη 2004-2020 στη χώρα μας, ήταν 0,05 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού (ΕΟΔΥ, 2020).

### ***1.5.19 Λοίμωξη από Πνευμονιόκοκκο και Μηνιγγιτιδόκοκκο***

Ο πνευμονιόκοκκος είναι ένα βακτήριο που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και επικίνδυνες ασθένειες για την υγεία, μερικές από τις οποίες είναι θανατηφόρες. Είναι μια μικροβιακή λοίμωξη κυρίως των αναπνευστικών οδών και σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε όλο τον πλανήτη. Η μετάδοση γίνεται μέσω σταγονιδίων (βήχας, φτέρνισμα), καθώς και με κοντινή επαφή και συνεύρεση με κάποιο άτομο που έχει μολυνθεί. Οι λοιμώξεις που μπορεί να προκληθούν από τον πνευμονιόκοκκο περιλαμβάνουν τόσο διεισδυτικές λοιμώξεις, όπως η μηνιγγίτιδα και η βακτηριαμική

πνευμονία, όσο και μη διεισδυτικές όπως η ωτίτιδα και η πνευμονία.

Τα συμπτώματα της πνευμονιοκοκκικής νόσου εξαρτώνται από το μέρος του σώματος που έχει μολυνθεί. Συνήθως περιλαμβάνουν πυρετό, βήχα, δύσπνοια, πόνο στο στήθος, δυσκαμψία του αυχένα, πόνο στις αρθρώσεις, αϋπνία και ευερεθιστότητα. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει απώλεια ακοής, εγκεφαλική βλάβη, ακόμη και θάνατο.

Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος προκαλείται από το βακτήριο “*Neisseria Meningitidis*”, γνωστό ως και μηνιγγιτιδόκοκκος. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω της ανταλλαγής βακτηρίων από τις εκκρίσεις του αναπνευστικού, κατά τη διάρκεια στενής επαφής ή σε συνθήκες συγχρωτισμού.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, σύγχυση και υπνηλία. Τα αρχικά συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της γρίπης, όσο όμως η νόσος εξελίσσεται υπάρχουν πιο βαριά συμπτώματα. Οι πιο επικίνδυνες επιπλοκές που μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο σε λίγες μόνο ώρες, είναι η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα και η μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία.

Το πιο αποτελεσματικό μέτρο προστασίας για τη λοίμωξη από πνευμονιόκοκκο και μηνιγγιτιδόκοκκο είναι ο εμβολιασμός (Σπυρόπουλος Β., 2020).

### **1.5.20 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ανήκουν σε μια ξεχωριστή κατηγορία λοιμώξεων που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή και οφείλονται σε βακτήρια, πρωτόζωα και παρασιτικούς ιούς (Χριστάκης Δ., 2021). Κάποια από αυτά δεν εμφανίζουν συμπτώματα, ενώ κάποια μπορούν να προκαλέσουν πυελικό άλγος, υπογονιμότητα, δυσφορία, ακόμη και καρκίνο του τραχήλου. Τα πιο συχνά ΣΜΝ είναι τα παρακάτω:

- **Γονόρροια:** Προέρχεται από τη μόλυνση με γονόκοκκο και είναι αρκετά συχνό ΣΜΝ. Στα συμπτώματα στη γυναίκα περιλαμβάνονται η κολπίτιδα, η τραχηλίτιδα, η δυσουρία και η συχνουρία. Επίσης, σε κάποιες προχωρημένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε σαλπινγίτιδα. Στον άνδρα συνήθως εμφανίζεται ουρηθρίτιδα και προστατίτιδα. Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ, στις ΗΠΑ ο αριθμός των νέων περιστατικών ανέρχεται στις 820.000 ετησίως. Το 2016 στις ΗΠΑ δηλώθηκαν 468.514 περιστατικά και 75.344 στην ΕΕ. Στη χώρα μας, το 2010 δηλώθηκαν 312 περιστατικά, 378 το 2011,

238 το 212, 219 το 2013 και 202 το 2016 (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2018).

- **Σύφιλη:** Είναι ΣΜΝ και οφείλεται στην ωχρά σπειροχαίτη. Η μετάδοση μπορεί να γίνει με σεξουαλική επαφή, είτε στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης ή τον τοκετό, είτε με το φιλί ή τη μετάγγιση αίματος. Η σύφιλη περιλαμβάνει 4 στάδια. Στο πρώτο στάδιο εμφανίζεται έλκος στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Στο δεύτερο στάδιο, περίπου μετά από 2 μήνες, εμφανίζονται εξανθήματα, πυρετός και διόγκωση των λεμφαδένων. Στο τρίτο και τελικό στάδιο υπάρχει «βαριά προσβολή του νευρικού συστήματος και των αγγείων». Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ, την περίοδο 2012-2016 δηλώθηκαν 1586 περιστατικά (Χριστάκης Δ., 2021).
- **Τριχομονάδες:** Είναι μικροοργανισμοί που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και προκαλούν συμπτώματα κολπίτιδας. Επηρεάζουν και τα δύο φύλα, όμως περισσότερα συμπτώματα παρουσιάζονται στις γυναίκες. Μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, αλλά μπορούν να μεταδοθούν επίσης όταν οι γεννητικές περιοχές έρθουν σε επαφή με μολυσμένα αντικείμενα, όπως πετσέτες, κάθισμα τουαλέτας κ.α.. Οι τριχομονάδες επιβιώνουν εκτός του ανθρώπινου σώματος για 45 λεπτά.
- **Χλαμύδια:** Είναι η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη και οφείλεται στο βακτήριο *Chlamydia trachomatis*. Μπορεί να οδηγήσει σε σαλπινγίτιδα και πυελική φλεγμονή. Η λοίμωξη, στο 30-50 % των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματική, ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό μπορεί να προκαλέσει πόνο, πυρετό, συχνουρία, δυσουρία, αιμορραγία και κολπικές εκκρίσεις. Από το 2012-2016 δηλώθηκαν συνολικά 569 περιστατικά (Δημητρακόπουλος Ι., 2016).
- **Έρπης των Γεννητικών Οργάνων:** Αποτελεί πολύ συχνό ΣΜΝ και οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα. Προκαλεί χαρακτηριστικές βλάβες στα σημεία που προσβάλλει. Μεταδίδεται με την άμεση σεξουαλική επαφή και έχει χρόνο επώασης 2-5 ημέρες. Αρχικά, παρουσιάζονται φυσαλίδες που σε 24 ώρες σπάνε και σχηματίζουν μικρά έλκη, τα οποία εξαφανίζονται σε 3-20 ημέρες. Η λοίμωξη παραμένει για πάντα στον οργανισμό και σε κάποιες στιγμές αναζωπυρώνεται.
- **Ιός HPV:** Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλώματα μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Ο ιός εκδηλώνεται σε διάστημα μεταξύ 3 εβδομάδων και 8 μηνών. Υπάρχουν πολλοί τύποι ιών HPV, ενώ κάποιοι από αυτούς μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στον καρκίνο (Χατζηραφαήλ Β., 2016).

### 1.5.21 Πανδημία Covid-19 (Sars-CoV-2)

Η πανδημία COVID-19 είναι μια οξεία νόσος του αναπνευστικού που προκαλείται από το νέο κορονοϊό SARS-CoV-2. Εμφανίστηκε για πρώτη φορά το Δεκέμβρη 2019 στην πόλη Wuhan της Κίνας. Έγινε επίσημα γνωστή στις 11 Φεβρουαρίου 2020 και εξακολουθεί να υφίσταται ως σήμερα.

Η μετάδοση γίνεται μεταξύ των ανθρώπων μέσω των σταγονιδίων που παράγονται από το βήχα ή φτέρνισμα. Ο χρόνος μεταξύ της έκθεσης και της εμφάνισης των συμπτωμάτων είναι συνήθως από 2-14 ημέρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, βήχα, μυϊκούς πόνους, απώλεια όσφρησης και οσμής, πνευμονία και σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας.

Τις πρώτες 50 ημέρες η εξάπλωση του ιού ήταν αργή και οι επιπτώσεις μικρές. Όμως, η διάχυση της μετάδοσης της νόσου έγινε πολύ γρήγορα και το φαινόμενο χαρακτηρίστηκε από την ΠΟΥ ως **Πανδημία και κηρύχθηκε ως «Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος»** (Ρούτης Π., 2020). Στην Ελλάδα εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις 26 Φεβρουαρίου 2020 και εντός χρονικού διαστήματος δύο εβδομάδων, ο αριθμός των κρουσμάτων ανήλθε σε 117.

Είναι αλήθεια πως στην αρχή της πανδημίας, πολλοί πίστευαν ότι κάποια στιγμή, απλά θα εξαφανιστεί. Κάποιοι δήλωναν ότι ο ερχομός του καλοκαιριού και η άνοδος της θερμοκρασίας, θα συντελούσε σε αυτό. Άλλοι, ότι ύστερα από τη μόλυνση πολλών ανθρώπων, θα οδηγούμασταν στην «ανοσία της αγέλης». Τίποτα όμως από όλα αυτά δεν έγινε. Αρχικά, η χώρα μας προσπάθησε χωρίς πανικό να θέσει σε ετοιμότητα όλο το μηχανισμό για την αντιμετώπιση αυτής της απειλής. Τα κρούσματα όμως, καθημερινά είχαν μια τάση αυξητική και το ΕΣΥ άρχισε να πιέζεται και να αντιδρά. Έτσι, προκάλεσε μια πρωτόγνωρη κατάσταση έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας. Η απουσία μιας αποτελεσματικής θεραπείας οδήγησαν τη χώρα να εφαρμόσει εκτεταμένα μέτρα, με στόχο την καθυστέρηση εξάπλωσης της πανδημίας και τη μείωση του κινδύνου άσκησης υπερβολικής πίεσης στο ΕΣΥ.

Για να διαφυλαχθεί λοιπόν η Δημόσια Υγεία, τα περισσότερα κράτη, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, επέβαλαν την λεγόμενη «καραντίνα». Κλειστά σχολεία, κλειστά καταστήματα, μάσκες παντού, τηλεργασία, ελεγχόμενη κυκλοφορία ορισμένες ώρες της ημέρας, ήταν μερικά από τα μέτρα που επιβλήθηκαν. Τα προληπτικά μέτρα σε συνδυασμό με τον ερχομό της άνοιξης του 2020 και την άνοδο της θερμοκρασίας, έφεραν σταδιακά μείωση των κρουσμάτων. Όμως αυτό δεν κράτησε για πολύ. Αρχές του φθινοπώρου του

2020, τα κρούσματα αυξάνονται ξανά και ο ιός εμφανίζεται με νέα μετάλλαξη. Τα νοσοκομεία όλου του κόσμου ασφυκτιούν και δεν υπάρχει χώρος για τους διασωληνωμένους. Οι θάνατοι αυξάνονται καθημερινά και ξεκληρίζονται ολόκληρες οικογένειες. Αρχές του 2021, αρχίζει να κυκλοφορεί το εμβόλιο κατά του κορονοϊού και αρχίζουν οι μαζικοί εμβολιασμοί. Η δυσπιστία και η άρνηση πολλών στον υποχρεωτικό εμβολιασμό, δεν αφήνει τον ιό να εξαλειφθεί, αντιθέτως σιγοβράζει και αναζωπυρώνεται με νέα μετάλλαξη και πάλι.

Μέχρι σήμερα, τα κρούσματα σε όλο τον κόσμο έχουν φτάσει στα 277.698.982 και οι θάνατοι στα 5.396.858. Στη χώρα μας τα κρούσματα ως σήμερα έχουν ανέλθει στο 1,05 εκ., ενώ οι θάνατοι ξεπέρασαν τις 25.000. Το ΕΣΥ βρίσκεται σε ασφυξία, με γεμάτα νοσοκομεία και εντατικές κυρίως στη Βόρεια Ελλάδα, αλλά και στην Αττική. Οι εφημερίες των ιατρών είναι πλέον ιδιαίτερα δύσκολες και το νοσηλευτικό προσωπικό πολύ εξαντλημένο από τις ατέλειωτες ώρες παραμονής τους στα νοσοκομεία. Υπάρχει μια μάχη μακράς διάρκειας, ένας πόλεμος... που κανείς δεν ξέρει πότε θα τελειώσει!

Είναι γεγονός πως ο κορονοϊός έχει παραλύσει την κοινωνία. Τίποτα πια, δεν έχει μείνει όρθιο! Παντού κυριαρχεί η ανασφάλεια, η καχυποψία, ο φόβος για το αύριο και το θάνατο. Ο κόσμος είναι «κουμπωμένος» στις σχέσεις του. Όλοι τριγυρνούν αριστερά και δεξιά σκεπτικοί, αμήχανοι και νευρικοί γιατί έσπασε η ρουτίνα τους. Ξαφνικά, η κοινωνική συνάθροιση και οι συνήθειες που γίνονταν ατομικά ή συλλογικά «απαγορεύτηκαν».

Ενώ προσπαθούσαμε να διδάξουμε στα παιδιά μας την έννοια της κοινωνικότητας, της αγκαλιάς, του φιλιού και της χειραψίας, τώρα προσπαθώντας να τα προστατεύσουμε, τους τα απαγορεύουμε. Η σύγχυση των παιδιών είναι μεγάλη, καθώς τα απομακρύνουμε από τους παππούδες.

Ο κορονοϊός, επίσης, έχει κατηγοριοποιήσει τους ανθρώπους. Οι ηλικιωμένοι και οι ευπαθείς ομάδες που είναι πιο επιρρεπείς στην ασθένεια έχουν στιγματιστεί.

Επιπλέον, η εκτέλεση της εργασίας από το σπίτι έφερε την αποξένωση των ανθρώπων και οι συνήθειές μας άλλαξαν πια ριζικά.

Τέλος, τα ΜΜΕ έχουν επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογία των ανθρώπων αρνητικά. Η μόνη είδηση είναι η εξέλιξη της πανδημίας με αποτέλεσμα ο κόσμος να βλέπει πιο έντονα το θάνατο.

## 1.6 Οι επιπτώσεις των πανδημιών στα συστήματα υγείας

Οι επιπτώσεις των επιδημιών και ιδιαίτερα των πανδημιών, από τα παραπάνω λοιμώδη νοσήματα, στα συστήματα υγείας, ήταν και είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

Σε καμιά περίοδο, τα συστήματα υγείας δεν ήταν σχεδιασμένα για να αντιμετωπίσουν τόσο μεγάλες προκλήσεις της υγείας, που απαιτούσαν άμεση κινητοποίηση καθώς επηρέαζαν όλο τον πληθυσμό.

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, η ψυχική, η σωματική και η πνευματική εξάντληση και από την πλευρά των ασθενών, ο φόβος ή η ανικανότητα να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες υγείας, με σκοπό να αφήνουν τα υπόλοιπα προβλήματα υγείας στην άκρη επ' αόριστο. Για το λόγο αυτό, μακροπρόθεσμα, θα αυξηθεί το ποσοστό των μη μεταδοτικών ασθενειών και θα γίνουν η κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Η νόσηση, η απώλεια πολλών ατόμων, η απομόνωση, η αποξένωση, το άγχος και η κατάθλιψη είναι πλέον βασικές προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ψυχολόγοι παγκοσμίως.

Οι βασικότερες ιστορικές συνέπειες στα συστήματα υγείας από τις επιδημίες των λοιμωδών νοσημάτων ήταν:

- Μεγάλη νοσηρότητα και θνησιμότητα.
- Υψηλό κόστος ιατρικής περίθαλψης.
- Αποδυνάμωση των συστημάτων υγείας.
- Πίεση στα συστήματα υγείας.
- Έλλειψη προσωπικού.
- Έλλειψη υποδομών.
- Αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, από τη στιγμή που η Πολιτεία δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην αντιμετώπιση της εκάστοτε επιδημίας-πανδημίας.
- Έλλειψη εξοπλισμού.
- Ανεπάρκεια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Αύξηση του φόρτου εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

#### **2.1 Μέτρα πρόληψης**

Η πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων αποτελεί τη βασική συνιστώσα για την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας. Η ενημέρωση και η πληροφόρηση των πολιτών είναι υψίστης σημασίας για την προαγωγή της. Επιπλέον, για να περιοριστεί, αν όχι να εξαιρεθεί ένα μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα «τοίχος προστασίας». Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της ανοσοποίησης του πληθυσμού ή είναι δυνατό να επιτευχθεί είτε μέσω της «ανοσίας της αγέλης», δηλαδή με τη νόσηση του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού, είτε μέσω των εμβολιασμών.

Τα βασικότερα μέτρα για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων από τους αρμόδιους φορείς είναι:

#### ***Δήλωση των νοσημάτων***

Τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα που έχουν μεγάλη βαρύτητα για τη Δημόσια Υγεία τίθενται υπό διεθνή επιτήρηση, δηλαδή για κάθε κρούσμα γίνεται υποχρεωτική δήλωση. Με το όρο δήλωση εννοούμε τη γνωστοποίηση στις υγειονομικές αρχές των κρουσμάτων. Η δήλωση είναι αναγκαία για τον έλεγχο και τα μέτρα που θα επιβάλλουν οι αρχές. Με τη δήλωση των νοσημάτων επιτυγχάνεται η ανίχνευση μεμονωμένων κρουσμάτων, με σκοπό την πρόληψη μέτρων στο ευρύτερο περιβάλλον των ασθενών. Η δήλωση πραγματοποιείται με τη συμπλήρωση μιας ειδικής φόρμας και με τον τρόπο αυτό συλλέγονται στατιστικά στοιχεία για τα νοσήματα σε εθνικό επίπεδο. Υπάρχουν δύο είδη δηλώσεων, η ατομική που αφορά στοιχεία για μεμονωμένα άτομα και η συλλογική που απαιτεί την καταγραφή των κρουσμάτων σε ορισμένο χρόνο.

Οι στόχοι της υποχρεωτικής δήλωσης των λοιμωδών νοσημάτων είναι:

- Η ανίχνευση μεμονωμένων κρουσμάτων με σκοπό τη λήψη μέτρων για την προφύλαξη άλλων ατόμων και τον περιορισμό της διάδοσης.
- Η ανίχνευση των επιδημικών εξάρσεων με σκοπό τη λήψη προληπτικών μέτρων.

Ανάλογα με τη βαρύτητά του, κάθε κρούσμα θα πρέπει να δηλώνεται άμεσα ή μέσα σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Νοσήματα Ανά Χρονικό Ορίζοντα Υποχρεούμενης Δήλωσης			
Νοσήματα άμεσης δήλωσης	Νοσήματα με υποχρέωση δήλωσης σε 24 ώρες από τη διάγνωση	Νοσήματα με υποχρέωση δήλωσης σε μία εβδομάδα από την διάγνωση	
Αλλαντίαση	Γρίπη (εργαστηριακά επιβεβαιωμένη)	AIDS-HIV	
Άνθρακας	Ερυθρά	Ανεμοβλογιά	
Διφθερίτιδα	Ηπατίτιδα Α	Βρουκέλλωση	
Ευλογία	Ιλαρά	Ελονοσία	
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	Κοκίτης	Εχονοκοκκίαση	
Λύσσα	Λεγιονέλλωση	Ηπατίτιδα Β	
Μάλη	Λοίμωξη από E. Coli	Ηπατίτιδα C	
Πανώλη	Μηνιγγίτιδα	Λεπτοσπείρωση	
SARS –Οξύ Αναπνευστικό	Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	Λιστερίωση	
Σύνδρομο	Παρωτίτιδα	Μεταδοτική Σπογγώδης	
Τουλαραιμία	Σαλμονέλλωση	Εγκεφαλοπάθεια	
Χολέρα	Σιγκέλλωση	Πολιομυελίτιδα	
	Υδατογενή-Τροφιμογενή νοσήματα	Πυρετός Q	
	Τριχίνωση	Συγγενής Ερυθρά	
	Τυφοειδής Πυρετός	Συγγενής Σύφιλη	
		Τέτανος	
		Χλαμύδια	
		Γονόρροια	
		HPV	
		Φυματίωση	

(ΚΕΕΛΠΙΝΟ, 2008)

### **Επιδημιολογική επιτήρηση**

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, επιδημιολογική επιτήρηση είναι η συνεχής συλλογή στοιχείων, η καταχώριση, η ανάλυση, η επεξεργασία και η διάθεση των δεδομένων σε αυτούς που απαιτείται για να λάβουν στρατηγικές αποφάσεις. Στους στόχους της επιδημιολογικής επιτήρησης περιλαμβάνονται, η καταγραφή της συχνότητας του

νοσήματος, η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση επιδημιών, η διαμόρφωση στρατηγικής στη Δημόσια Υγεία, ο εντοπισμός ευπαθών ομάδων και η έγκαιρη προειδοποίηση για αλλαγές στην εμφάνιση της νόσου ή μιας νέας νόσου.

Αρμόδιος οργανισμός για την παρακολούθηση της εμφάνισης και την εξέλιξη των μεταδοτικών νοσημάτων είναι ο ΠΟΥ, ο οποίος δημοσιεύει τα δεδομένα από κάθε επιδημία-πανδημία.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, η επιδημιολογική επιτήρηση συντελείται σε επτά στάδια:

- Ανίχνευση των περιστατικών μιας νόσου.
- Δήλωση των περιστατικών.
- Διερεύνηση και επιβεβαίωση της αιτίας της νόσου.
- Ανάλυση των δεδομένων και ερμηνεία.
- Λήψη μέτρων για τον έλεγχο της νόσου.
- Επανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων στους αρμόδιους φορείς.
- Συνεργασία αρμόδιων οργάνων για τον έλεγχο της νόσου.

Οι στόχοι της επιδημιολογικής επιτήρησης είναι:

- Η εκτίμηση της επίπτωσης της νόσου και τις διαχρονικές τάσεις που έχει σε όλες τις περιοχές.
- Η καταγραφή της συχνότητας του νοσήματος και η εκτίμηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (ανά περιοχή).
- Η έγκαιρη ανίχνευση και η αντιμετώπιση επιδημιών-πανδημιών.
- Η αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης.
- Η διαμόρφωση στρατηγικής στη Δημόσια Υγεία.
- Η έγκαιρη πληροφόρηση για αλλαγές της συμπεριφοράς μιας νόσου ή η εμφάνιση νέας (μετάλλαξη).
- Ο εντοπισμός ομάδων υψηλού κινδύνου.

### ***Εμβολιασμός του πληθυσμού***

Εμβολιασμός είναι η εισαγωγή ειδικά επεξεργασμένων αντιγόνων μικροοργανισμών στον οργανισμό, με σκοπό την ανοσοποίησή του σε συγκεκριμένη νόσο και την ενεργοποίηση του αμυντικού μηχανισμού με την ανάπτυξη αντισωμάτων, που θα

προστατεύσουν τον οργανισμό από τη νόσηση. Είναι γεγονός πως εξαιτίας των εμβολιασμών έχουν εξαλειφθεί πολλές μεταδοτικές ασθένειες και σώθηκαν εκατομμύρια άνθρωποι. Ο εμβολιασμός θεωρείται η σημαντικότερη και συνάμα, η πιο επιτυχημένη παρέμβαση στη Δημόσια Υγεία, καθώς κάθε χρόνο προλαμβάνονται εκατομμύρια θάνατοι. Όσο μεγαλύτερη είναι η εμβολιαστική κάλυψη, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συλλογική ανοσία.

Έχουν αναπτυχθεί πολλά εμβόλια ενάντια στις μικροβιακές λοιμώξεις, όμως τα περισσότερα εφαρμόζονται ενάντια στους ιούς. Υπάρχουν λοιπόν, οι ακόλουθοι τύποι εμβολίων:

- Τα εμβόλια που περιέχουν τοξίνες, όπως το εμβόλιο για τον τέτανο.
- Τα εμβόλια που περιέχουν νεκρούς μικροοργανισμούς ή στελέχη αυτών, όπως το εμβόλιο της γρίπης ή της λύσσας.
- Τα εμβόλια που περιέχουν τροποποιημένους ζωντανούς ιούς, όπως το εμβόλιο της ιλαράς.
- Τα εμβόλια με ζωντανά εξασθενημένα βακτήρια, όπως το εμβόλιο της χολέρας.
- Τα εμβόλια με νεκρά βακτηρίδια, όπως το εμβόλιο της πανώλης.
- Τα εμβόλια που είναι γενετικά τροποποιημένα, όπως της Ηπατίτιδας Α ή Β.
- Τα εμβόλια που είναι συνδεδεμένα με πρωτεΐνη, όπως το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου (Περσιάνης Ν., 2011).

### ***Έλεγχος και περιορισμός των υποδόχων***

Τα υποδόχα είναι οι φυσικοί μεταφορείς των λοιμωδών νοσημάτων. Σε περίπτωση που αυτά είναι ζώα, οι αρμόδιοι φορείς μπορούν να προβούν σε καραντίνα ή θανάτωση αυτών για την αποφυγή της διασποράς της λοίμωξης. Εάν είναι άνθρωποι, μπορούν να τους θέσουν σε καραντίνα ή αναγκαστικό εμβολιασμό.

### ***Περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων***

Ο περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων μπορεί να επιτευχθεί με απομόνωση των ασθενών, απομόνωση της ελεύθερης κίνησης των υγιών ατόμων που ίσως έχουν μολυνθεί και με γενικές απολυμάνσεις.

## *Ειδική πολιτική για την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής*

Στις μέρες μας, οι λοιμώξεις σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν αυξητική τάση και οφείλονται συνήθως σε μικροοργανισμούς που αναπτύσσουν αντοχή στα αντιβιοτικά. Κύριοι στόχοι της ανωτέρω πολιτικής είναι η ανάπτυξη συστήματος επιτήρησης των νοσοκομειακών λοιμώξεων στα ελληνικά νοσοκομεία, η επιτήρηση και παρακολούθηση της διασποράς των μικροοργανισμών, η εφαρμογή πολιτικών ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών, η συστηματική ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας κ.α. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2008).

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται, συνήθως έχουν εξασθενημένο οργανισμό. Έτσι αποτελούν πολύ εύκολο στόχο για τα βακτήρια και τους μικροοργανισμούς. Κατά 30%, οι νοσοκομειακές λοιμώξεις εμφανίζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Στην περίπτωση αυτή θεωρούνται βαρύτερες και είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν. Οπότε, αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών και μεγάλος χρόνος παραμονής στα νοσοκομεία συντελούν στην ανάπτυξη των λοιμώξεων αυτών. Γι' αυτό οι εργοδότες θα πρέπει να φροντίζουν για την απολύμανση των χώρων, την ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού και τον πλήρη εμβολιασμό τους. Τέλος, το υγειονομικό προσωπικό από την πλευρά του, θα πρέπει να ακολουθεί πιστά όλους τους κανόνες υγιεινής για την αποφυγή των λοιμώξεων και την προστασία των ασθενών.

Τα ατομικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν σε μια περίπτωση εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων ή σε περιπτώσεις επιδημιών-πανδημιών είναι:

- Ενημέρωση και λήψη πληροφοριών από αξιόπιστες πηγές, όπως τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.
- Εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με την υγιεινή για την μείωση της εξάπλωσης της ασθένειας.
- Έγκυρη πληροφόρηση, για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν στην μετάδοση αξιόπιστων πληροφοριών για τη φύση και την επικινδυνότητα της ασθένειας.
- Περιορισμός στη χρήση των ΜΜΕ, γιατί οδηγούν συνήθως σε παραπληροφόρηση.
- Πρόβλεψη και αντιμετώπιση των αντιδράσεων άγχους και στρες.
- Εμπιστοσύνη στην επιστήμη (Τουρλίδα Κ., 2021).

## **2.2 Η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων**

*«Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), είναι ένας αυτόνομος διεθνής οργανισμός και μια εξειδικευμένη υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών, που ασχολείται με τη διεθνή Δημόσια Υγεία»* (www.wikipedia, 2021). Σύμφωνα με το καταστατικό του ο κύριος στόχος του είναι η διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου υγείας για όλους τους λαούς του κόσμου.

Ευθύνη του ΠΟΥ είναι να συγκεντρώσει και να δημοσιεύσει τα επιδημιολογικά δεδομένα απ' όλο τον κόσμο και να εφαρμόζει τους Διεθνείς Υγειονομικούς Κανονισμούς, ενώ στις προτεραιότητές του ανήκουν οι μεταδοτικές ασθένειες, και ειδικότερα ο HIV/AIDS, η ελονοσία, η φυματίωση κ.α.. Για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων, συντονίζει μια σειρά διεθνών προσπαθειών στους παρακάτω τομείς:

***Στον τομέα της επιδημιολογικής επιτήρησής τους, σε παγκόσμιο επίπεδο:*** Ο ΠΟΥ έχει σαν αρμοδιότητα την παρακολούθηση των μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων, την πορεία τους και τη δήλωσή τους, με απώτερο σκοπό τη λήψη προληπτικών μέτρων προστασίας της Δημόσιας Υγείας, όταν χρειαστεί.

***Στην παραγωγή εμβολίων:*** Ο ΠΟΥ αναπτύσσει ιδιαίτερη δραστηριότητα για την παραγωγή εμβολίων για ασθένειες που ενδημούν ετησίως, όπως η γρίπη και για μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα. Επίσης, ασχολείται με το ζήτημα των φαρμάκων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην εξάλειψη κάποιων μεταδοτικών ή μη ασθενειών.

***Στην αντιμετώπιση επιδημιών και πανδημιών :*** Συντονίζει τις ενέργειες που απαιτούνται για τον έλεγχο, την αντιμετώπιση και την εξάλειψη των επιδημιών και των πανδημιών, όπως το AIDS, η ελονοσία κ.α.. Επίσης, αναπτύσσει προγράμματα που έχουν σκοπό την εξασφάλιση υγιεινής ύδρευσης και της υγιεινής των τροφίμων, με στόχο την εξάλειψη των υδατογενών και τροφιμογενών λοιμωδών νοσημάτων.

***Στην κατάρτιση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού :*** Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός είναι ένα όργανο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που σαν στόχο έχει, την προστασία από την εξάπλωση των μεταδοτικών νοσημάτων και την

προάσπιση της Δημόσιας Υγείας. Μέσω του Κανονισμού αυτού, δίνονται οδηγίες και μέτρα που πρέπει να ληφθούν από ένα κράτος, ώστε να προφυλαχθεί από τη διασπορά μιας λοιμώδους μεταδοτικής ασθένειας (ΚΕΕΛΠΙΝΟ, 2008).

### **2.3 Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων**

Η ΕΕ έχει αναπτύξει μια στρατηγική, από το 1998, στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, όπου περιλαμβάνει:

- Το Πλαίσιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, που περιλαμβάνει το «Κοινοτικό Πρόγραμμα Δράσης». Έχει δράσεις που αφορούν τη Δημόσια Υγεία και αναλαμβάνει δράσεις για την πληροφόρηση σχετικά με τα μεταδοτικά νοσήματα και την εξασφάλιση ταχείας αντίδρασης σε περίπτωση που απειλείται η Δημόσια Υγεία.
- Την υλοποίηση μιας «Ολοκληρωμένης Διατομεακής Στρατηγικής για την Υγεία», με δράσεις τέτοιες ώστε να εξασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του πληθυσμού από τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα (ΚΕΕΛΠΙΝΟ, 2008).

## 2.4 Μεταδοτικά νοσήματα αναγκαστικής επιτήρησης

Τα σημαντικότερα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα αναγκαστικής επιτήρησης είναι:

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συχνότερα Μεταδοτικά Νοσήματα</b>	
<b>Μεταδοτικά Νοσήματα που εμπίπτουν στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση</b>	
<b>Κατηγορία</b>	<b>Νόσημα</b>
<b>Μικροβιακή αντοχή και νοσήματα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας</b>	Μικροβιακή Αντοχή
	Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
<b>Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και ιογενή νοσήματα μεταδιδόμενα μέσω του αίματος</b>	HIV/AIDS
	Χλαμύδα
	Γονόρροια
	Σύφιλη
<b>Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα</b>	Ηπατίτιδα Β-Ηπατίτιδα C
	Γρίπη
	Γρίπη των Πτηνών
	Φυματίωση
	Νόσος των Λεγεωνάριων
<b>Νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό</b>	SARS (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο)
	Λοίμωξη από Πνευμονιόκοκκο
	Λοίμωξη από Μηγιγιτιδόκοκκο
	Λοίμωξη από αιμόφιλο ινφλουέντσας b
	Κοκίτης
	Διφθερίτιδα
	Τέτανος
	Ιλαρά
	Παρωτίτιδα
	Ερυθρά
	Πολιομυελίτιδα
Ευλογιά	

<b>Τροφιμογενή – Υδατογενή Νοσήματα</b> (που μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας)	Λοίμωξη από Καμπυλοβακτηρίδιο
	Σαλμονέλλωση
	Τυφοειδής/Παρατυφοειδής Πυρετός
	Συγκέλλωση
	Λοίμωξη από Escherichia coli
	Γερσινίωση
	Λιστερίωση
	Βρουκέλλωση
	Αλλαντίαση
	Χολέρα
	Ηπατίτιδα Α
	Giardiasis
	Κρυπτοσποριδίαση
	Εχονοκοκκίαση
	Τριχινίαση
Μεταδοτική Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια	
Τοξοπλάσμωση	
<b>Νοσήματα που προέρχονται από τα ζώα</b> ή έχουν άλλη περιβαλλοντική προέλευση	Τουλαραμία
	Πυρετός Q
	Λεπτοσπείρωση
	Άνθρακας
	Λύσσα
	Ελονοσία
	Ιογενείς Αιμορραγικοί Πυρετοί (VHF)
	Κίτρινος Πυρετός
Πανούκλα	

Πηγή: ECDC 2007



## 2.5 Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

Οι οργανισμοί που ασχολούνται με την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής:

### **ΕΟΔΥ**

**Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)** είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ, Ν. 4633/2019) και εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας. Διαδέχτηκε το ΚΕΕΛΠΝΟ.

Αποτελεί τον εθνικό φορέα για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων, με έμφαση στο AIDS, τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και τις ιογενείς ηπατίτιδες. Οι δραστηριότητες του αφορούν:

- Την επιδημιολογική επιτήρηση και τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων.
- Δράσεις για την αντιμετώπιση του AIDS.
- Αντιμετώπιση βιολογικών και τοξικών κινδύνων (π.χ. βιοτρομοκρατία).
- Δράσεις για την καταπολέμηση ιογενών ηπατίτιδων.
- Δημόσια Υγεία και μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Αντιμετώπιση φυματίωσης και ζωοανθρωπονόσων.
- Παρεμβάσεις σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.

### **Κεντρικά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.)**

Έχουν σκοπό:

- Τη διάγνωση και λύση υγειονομικών και επιδημιολογικών προβλημάτων της χώρας.
- Την εκπαίδευση του προσωπικού άλλων υπηρεσιών.
- Τη συνεργασία με τα εθνικά κέντρα αναφοράς και Πανεπιστημιακές σχολές.
- Την ερευνητική δραστηριότητα για την εφαρμογή νέων αναλύσεων σύμφωνα με τα πρότυπα.

### **Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας**

Έχουν σκοπό:

- Τον εργαστηριακό έλεγχο επεξεργασίας των λυμάτων.
- Τη συνεργασία με τον ΕΟΔΥ/ΚΕΕΛΠΝΟ και τα ΚΕΔΥ.
- Την εργαστηριακή υποστήριξη του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην περιφέρειά τους.

### **Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur**

Μία από τις κύριες δραστηριότητές του είναι η άμεση ανταπόκριση σε απειλές για τη Δημόσια Υγεία, με τον εντοπισμό και την απομόνωση πολυάριθμων παθογόνων

μικροβιακών παραγόντων που προκαλούν επιδημίες. Επίσης, λόγω της γεωγραφικής θέσης της Ελλάδας, παρακολουθεί την είσοδο και επανεμφάνιση ασθενειών στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο.

#### **Σχολή Δημόσιας Υγείας Παν/μίου Δυτικής Αττικής (πρώην Ε.Σ.Δ.Υ.)**

Προσφέρει εκπαιδευτικό έργο και συμβάλλει στην προστασία της υγείας του πληθυσμού της χώρας, μέσα από την εκπαίδευση στελεχών των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ασχολείται, επίσης, με την εξέλιξη των λοιμωδών νοσημάτων και τις προκλήσεις από τα οικονομικά και κοινωνικά φαινόμενα, συμπεριλαμβανομένων και της μετακίνησης αγαθών και πληθυσμών.

#### **Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ)**

Έχει σα στόχο την προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της παραγωγής, της εισαγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων και τη διασφάλιση της ποιότητάς τους.

## **2.6 Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για τον έλεγχο και την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων (ECDC)**

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (European Centre for Disease Prevention and Control-ECDC) είναι μια ανεξάρτητη υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αποστολή του είναι η ενίσχυση της άμυνας της Ευρώπης κατά των μολυσματικών ασθενειών.

Πιο αναλυτικά το ECDC:

- ✓ Αναλύει δεδομένα από τις χώρες της ΕΕ σχετικά με 52 μεταδοτικά νοσήματα, χρησιμοποιώντας το Ευρωπαϊκό Σύστημα Επιτήρησης (TESSy).
- ✓ Παρέχει επιστημονικές πληροφορίες στα αρμόδια όργανα της ΕΕ.
- ✓ Ασχολείται με τις νεοεμφανιζόμενες απειλές της ΕΕ.
- ✓ Προετοιμάζει τα μέλη της ΕΕ για την αντίδρασή τους, σε περιπτώσεις εκδήλωσης επιδημιών. Αυτό επιτυγχάνεται με την παρακολούθηση των ανερχόμενων απειλών και την έγκαιρη αξιολόγηση του κινδύνου, που μπορεί να απειλήσει κάθε χώρα (ECDC, 2005-2009).

## 2.7 Μέτρα προφύλαξης ταξιδιωτών

Στην εποχή μας, αλλά και πολύ παλαιότερα, εξαιτίας της αύξησης των ταξιδιών, τις μετακινήσεις του πληθυσμού, τη μεγάλη μετανάστευση, τις εμπορικές και οικονομικές συναλλαγές μεταξύ διαφόρων χωρών, παλιά μεταδοτικά νοσήματα αλλά και νέα αναδυόμενα, μεταδίδονται πολύ πιο εύκολα πια, από χώρα σε χώρα, περνώντας εύκολα τα σύνορα και απειλώντας τη Δημόσια Υγεία με επιδημίες και πανδημίες.

Είναι απαραίτητο λοιπόν οι ταξιδιώτες, να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα πριν και μετά από κάθε μετακίνησή τους, προκειμένου να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που οφείλεται στα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα. Μέτρα όπως ο εμβολιασμός, ο τακτικός έλεγχος σε περίπτωση που εμφανίσουν κάποιο σύμπτωμα, η απομόνωση, η σωστή πληροφόρηση, η απολύμανση, η υγιεινή και η υπευθυνότητα, θα πρέπει να τηρούνται από όλους σχολαστικά, ώστε να περιοριστεί η μεταφορά μεταδοτικών ασθενειών από περιοχή σε περιοχή.

## 2.8 Μέτρα προφύλαξης υγειονομικού προσωπικού

Με τον όρο «υγειονομικό προσωπικό» εννοούμε όλους τους εργαζόμενους στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιατρεία, ΕΚΑΒ κ.τ.λ.).

Τα άτομα αυτά, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις λοιμωδών νοσημάτων, είναι εκτεθειμένα και μπορούν ανά πάσα στιγμή να μολυνθούν. Για το λόγο αυτό χρειάζεται να ακολουθούν τα υγειονομικά πρωτόκολλα για την προστασία τους.

Τα κυριότερα μέτρα προφύλαξης του υγειονομικού προσωπικού από τα μεταδοτικά νοσήματα είναι επιγραμματικά:

- Ο εμβολιασμός.
- Συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού.
- Πιστή τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής και συνεχή απολύμανση των χεριών.
- Τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας των χώρων και των μηχανημάτων.
- Αυξημένα μέτρα σε χειρουργικούς χώρους και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.
- Κατάλληλη απόρριψη χρησιμοποιούμενου και μολυσμένου εξοπλισμού.
- Σωστή αποστείρωση εργαλείων και σκευών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

#### **3.1 Τα δικαιώματα των ασθενών**

Η υγεία αποτελεί το βασικότερο κοινωνικό αγαθό για κάθε πολίτη. Το δικαίωμα της προστασίας του αγαθού αυτού είναι τόσο κοινωνικό όσο και ατομικό. Τα τελευταία χρόνια έχει συνταχθεί ένα ικανοποιητικό νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, τα οποία αναφέρονται στην αξιοπρεπή μεταχείριση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, την ενημέρωση, τη συναίνεση, την εχεμύθεια, την ελεύθερη επιλογή κ.α. (Μπισκανάκη Ε., Χαραλάμπους Γ., 2018), (Μητροσύλη Μ., 2009)

Η υγεία αποτέλεσε ανέκαθεν ένα ευαίσθητο τομέα για την εκάστοτε κοινωνία. Γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμος ο καθορισμός ενός πλαισίου, με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας της αρχαιότητας. Ο Ιπποκράτης, πατέρας της Ιατρικής, συμβούλευε τους γιατρούς να τηρούν την αρχή «*primum non nocere*» («ωφελείν ή μη βλάπτειν») (Ελευθερίου Α., 2007). Οι αρχές αυτές παραμένουν αναλλοίωτες στο χρόνο. Πάνω από τους νόμους και τους κανόνες όμως τοποθετείται το ήθος, το χρέος, η συνείδηση και το καθήκον του ιατρού, ο οποίος θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες του σε κάθε ασθενή.

Με το νόμο 3418/2005 τέθηκε σε ισχύ ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος θέτει τους γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Τέλος, η ζωή και η υγεία του ανθρώπου προστατεύονται από το Σύνταγμα (άρθρο 5 παρ.2 και 5, άρθρο 7 παρ. 2, άρθρο 21 παρ.3 ), και τον Ποινικό Κώδικα (Π.Κ. άρθρο 299-304, 307-314).

Συμπερασματικά, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας για την υγεία των πολιτών. Τα ανθρώπινα δικαιώματα, στον τομέα της υγείας, όπως το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα προστασίας της υγείας, ο σεβασμός του ασθενούς, το δικαίωμα της ενημέρωσης και της ελεύθερης συγκατάθεσης, αποτελούν βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Γι' αυτό η Ελλάδα, από το 1992, διαμόρφωσε το νομικό πλαίσιο (Ν.2071/ΦΕΚ 123/92 τ.α./άρθρο 47) που προσπίζει τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς. Έτσι σύμφωνα με το άρθρο 47 του Ν.2071 αυτά είναι:

- ✓ Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του κατάλληλου νοσοκομείου.
- ✓ Δικαίωμα παροχής φροντίδας με σεβασμό της αξιοπρέπειας.
- ✓ Δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης.
- ✓ Δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς για την κατάστασή του και συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων.
- ✓ Δικαίωμα πλήρους εκ των προτέρων ενημέρωσης για τους κινδύνους ασύνηθων ή πειραματικών πράξεων και ανάκλησης συγκατάθεσης.
- ✓ Δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής και διαφύλαξης του απορρήτου.
- ✓ Δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων.
- ✓ Δικαίωμα κατάθεσης διαμαρτυρίας και ενστάσεως και γνώσης των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

### **3.2 Τα δικαιώματα των ασθενών στους Διεθνείς Οργανισμούς και στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

Ιστορικά, η πρώτη αναφορά σε δικαιώματα ασθενών γίνεται το 1793 στην Ευρώπη, όπου η Γαλλική Εθνοσυνέλευση ορίζει ότι *«κάθε ασθενής δικαιούται ένα δικό του κρεβάτι»*.

Εν συνεχεία, το 1947 με τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, εισάγεται η έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης των ασθενών, η οποία συνεπάγεται την εξασφάλιση ελεύθερης βούλησης του ατόμου.

Το 1948, η Διακήρυξη της Γενεύης ήταν ουσιαστικά ένας εκσυγχρονισμός του Ιπποκρατικού Όρκου, όπου αργότερα τροποποιήθηκε. Στο ίδιο μοτίβο κινήθηκε και η Διακήρυξη του Ελσίνκι το 1964, όπου υπήρξε εκτενή αναφορά για τη βιοϊατρική έρευνα.

Ο πρώτος Κώδικας Δικαιωμάτων των Ασθενών ψηφίστηκε το 1973 από την Αμερικανική Ένωση των Νοσοκομείων, όπου τροποποιήθηκε το 1992. Την ίδια περίοδο, το 1974, ψηφίστηκε στη Γαλλία, ο Χάρτης Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών, όπου ο νοσηλευόμενος είναι ένα άτομο ουσιαστικά, με δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Η σημαντικότερη πρωτοβουλία το 1994, θεωρείται η Ευρωπαϊκή Διαβούλευση για τα Δικαιώματα των Ασθενών, όπου πραγματοποιήθηκε στο Άμστερνταμ και συμμετείχαν 36 κράτη μέλη. Ο σκοπός της συνάντησης ήταν ο καθορισμός αρχών και στρατηγικών για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Το 1981, στη Διακήρυξη της Λισαβόνας, διαμορφώθηκαν τα δικαιώματα του

ασθενούς από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση, όπου ο ασθενής μπορεί να επιλέγει ελεύθερα το γιατρό, εφόσον ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του. Το 1983, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εξέδωσε ψήφισμα για τη σύναψη του Ευρωπαϊκού Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών. Σύμφωνα με αυτόν, υπάρχει ελευθερία επιλογής ιατρού και νοσηλευτικού ιδρύματος, καθώς και το δικαίωμα της πληροφόρησης και της συναίνεσης, όσο αφορά τη θεραπεία.

Στις 4 Απριλίου 1997, στο Οβιέδο της Ισπανίας, κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998, η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου, σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (Μητροσύλη Μ.. 2009)

Το 2002, το Δίκτυο Active Citizenship Network (ACN), μαζί με άλλες 12 Ευρωπαϊκές Οργανώσεις, συνέταξαν την Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών, όπου διακηρύσσει 14 δικαιώματα για τους ασθενείς και έχουν ως στόχο ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας και υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, που παρέχονται από τους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη. Έτσι λοιπόν, κάθε ασθενής έχει :

1. Το δικαίωμα στη πρόληψη , όπου κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα για την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών ώστε να εμποδίσει την εμφάνιση ασθενειών.
2. Το δικαίωμα της πρόσβασης, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς διακρίσεις,
3. Το δικαίωμα της πληροφόρησης, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα από κάθε είδους πληροφόρησης, όσο αφορά την κατάσταση της υγείας του.
4. Το δικαίωμα της συγκατάθεσης, όπου κάθε ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του.
5. Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, όπου κάθε άνθρωπος μπορεί να επιλέγει ελεύθερα το είδος θεραπείας και κάθε παροχή υγείας.
6. Το δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας, δηλαδή ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να παραμένουν εμπιστευτικά και απόρρητα, θέματα που αφορούν την προσωπική του υγεία.
7. Το δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενή, όπου κάθε άνθρωπος θα πρέπει να λαμβάνει τη θεραπευτική του αγωγή σε προκαθορισμένο χρόνο.
8. Το δικαίωμα της τήρησης προδιαγραφών ποιότητας, όπου κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της μετάβασης σε χώρους παροχής υπηρεσιών, υψηλής ποιότητας.
9. Το δικαίωμα της ασφάλειας, όπου κάθε ασθενής θα πρέπει να προστατεύεται από σφάλματα στις υπηρεσίες υγείας, ιατρικά λάθη κ.α..

10. Το δικαίωμα της καινοτομίας, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες.
11. Το δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να αποφύγει τον πόνο και την ταλαιπωρία σε κάθε φάση της ασθένειάς του.
12. Το δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα θεραπείας που αρμόζει στις ατομικές του ανάγκες.
13. Το δικαίωμα έκφρασης παραπόνων, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να εκφράσει τα παράπονά του και να λάβει και τις αντίστοιχες απαντήσεις.
14. Το δικαίωμα της αποζημίωσης, όπου κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει αποζημίωση εάν υποστεί βλάβη από ιατρικό σφάλμα ή άλλη ιατρική πράξη (Αποστολίδου Κ., 2013).

Συγκριτικά, η Ελληνική Νομοθεσία με την Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων του Ασθενή δείχνει ότι 7 από τα 14 δικαιώματα της Χάρτας δεν προβλέπονται αυτούσια και άμεσα στη νομοθεσία μας, παρά κάποια εκ της Ευρωπαϊκής Χάρτας προασπίζοντας στη χώρα μας, εμμέσως, είτε με αναλογικές εφαρμογές διατάξεων και δικαιωμάτων του Συντάγματος, είτε από άλλες γενικότερες διατάξεις του Αστικού Κώδικα και συναφών νόμων.

Στη χώρα μας δυστυχώς, η εν λόγω νομοθεσία είναι σχεδόν άγνωστη στους ασθενείς και τους πολίτες, ακόμα δε και στους επαγγελματίες υγείας (Δαχτάρη Μ., 2016).

### **3.3 Τα δικαιώματα των ασθενών στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχει κατοχυρώσει τα δικαιώματα των ασθενών από το 1992 με ειδικό νόμο (Μητροσύλη Μ., 2009).

Σύμφωνα με το άρθρο 21, παρ.3 του Συντάγματος της Ελλάδος «*το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων*» (αρ.21, παρ.3 Σύνταγμα της Ελλάδος). Επίσης, στο άρθρο 2, παρ.1, αναγνωρίζεται το χρέος του κράτους για την προστασία της ανθρώπινης αξίας, ενώ στο άρθρο 5, παρ.5, κατοχυρώνει το δικαίωμα του πολίτη για την προάσπιση της υγείας του και της γενετικής του ταυτότητας (Σύνταγμα της Ελλάδος (2019) αναθεωρημένο –ΦΕΚ 211/Α/24-12-2019).

Στο άρθρο υπ' αριθμόν 1, παρ.1 του νόμου 1397/83 αναφέρεται ότι «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών» (αρ.1, παρ.1 ν.1397/1983), ενώ το 1992 με το νόμο 2071/1992 με το άρθρο 47, αναγνωρίζει και θεσπίζει τα δικαιώματα για τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό ο νοσοκομειακός ασθενής:

- ✓ Έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες υγείας.
- ✓ Έχει το δικαίωμα να λαμβάνει παροχές υγειονομικής φροντίδας με σεβασμό προς το πρόσωπό του.
- ✓ Έχει το δικαίωμα συναίνεσης ή άρνησης κάθε διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης.
- ✓ Έχει το δικαίωμα της πληροφόρησης σε θέματα που αφορούν την κατάστασή του.
- ✓ Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδεχομένως μπορεί να παρουσιαστούν ή να προκύψουν από μια θεραπευτική προσπέλαση. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να έχει δώσει όμως πριν την συγκατάθεσή του, η οποία μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
- ✓ Έχει το δικαίωμα του ιατρικού απόρρητου σε ότι αφορά την ιδιωτική του ζωή.
- ✓ Έχει το δικαίωμα σεβασμού των ιδεολογικών και θρησκευτικών του πεποιθήσεων.
- ✓ Έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει διαμαρτυρίες και ενστάσεις (Γουργουλιάννη Σ., 2017).

Για τους υπόλοιπους ασθενείς, γίνεται αναφορά για τα δικαιώματά τους, τόσο στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ-N3418/2005), όσο και σε άλλους κώδικες δεοντολογίας λοιπών κλάδων υγείας.

Στην Ελλάδα, ο Ποινικός Κώδικας διαφυλάττει τα δικαιώματα των ασθενών και προβλέπει τις ευθύνες και υποχρεώσεις των υγειονομικών υπαλλήλων.

### **3.4 Η σχέση ιατρού- ασθενούς**

Παλαιότερα, η σχέση ιατρού- ασθενούς ήταν άνιση. Πολλοί θεωρητικοί πίστευαν ότι μπορεί να υπάρξει μια σχέση αμοιβαίου σεβασμού και κατανόησης.

Στη θεωρία, υπάρχουν κάποιες συνθήκες που πληρούν τις προϋποθέσεις, ώστε να θεωρηθεί μια σχέση ιδανική. Στην πραγματικότητα, αυτό δεν είναι εφικτό, γιατί υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν το είδος και την ποιότητα της σχέσης, όπως η προσωπικότητα του ιατρού, το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή κ.α..



Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν ριζικές μεταβολές στη σχέση ιατρού – ασθενούς, με στόχο το σεβασμό των δικαιωμάτων του δευτέρου. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Ο ιατρός προσφέρει τη γνώση και τις πληροφορίες του, ενώ ο άρρωστος καταθέτει την προσωπική του εμπειρία, τη στάση του απέναντι στους κινδύνους και τις προτιμήσεις του.

Η σχέση ιατρού-ασθενούς πρέπει να είναι σχέση αυτονομίας. Και οι δύο έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις. Η αξία της σχέσης τους δεν είναι εύκολη, είναι όμως ανεκτίμητη (Παπαμιχαήλ Μ., 2011).

Στο άρθρο 12 του ΚΙΔ, ορίζονται οι σχέσεις ιατρού και ασθενούς. Σύμφωνα με αυτό, ο γιατρός θα πρέπει να φροντίζει ώστε να υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμός μεταξύ τους. Επιβάλλεται ο ιατρός να ακούει με αφοσίωση τον ασθενή, να του συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και οφείλει να σέβεται τις απόψεις του, καθώς και τις θρησκευτικές, ιδεολογικές και ηθικές του πεποιθήσεις.

Αυτό που προσδοκά ο ασθενής να δει στον ιατρό του είναι:

- Να τον υποδεχθεί ευγενικά.
- Να τον ακούσει με υπομονή.
- Να σεβαστεί την προσωπικότητά του και να σεβαστεί και τις ηθικές του αρχές, σχετικά με την εξέταση του σώματός του.
- Να τον ενημερώσει σωστά, απλά και κατανοητά.
- Να αναπτύξουν μεταξύ τους μια καλή σχέση, πάνω στην οποία θα βασιστεί η επίλυση του προβλήματος της υγείας του.

Ο ασθενής από την πλευρά του θα πρέπει να είναι συνεργάσιμος και:

- Να συζητήσει τα προβλήματα υγείας και τις ανάγκες του.
- Να ενθαρρύνει τον ιατρό.
- Να διαχειρίζεται τη φροντίδα του εαυτού του.
- Να ρωτάει και να ενημερώνεται.
- Να είναι εθελοντικά και εποικοδομητικά και ασθενής και κριτής (Βαργιάμη Μ., Γούλα Μ., 2017).

Ο ιατρός οφείλει να επιδεικνύει ίση μέριμνα, επιμέλεια και αφοσίωση προς όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τη βαρύτητα της νόσου. Επιπλέον, δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να θίξει την προσωπική ελευθερία και τη βούληση του ασθενή. Τέλος, ο ιατρός οφείλει απεριόριστη μέριμνα για τη διατήρηση και τη διάδοση

της ανθρώπινης ζωής.

Έτσι, οι υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή είναι:

- Οφείλει να διατηρεί υψηλό επίπεδο επαγγελματικής συμπεριφοράς.
- Δεν επιτρέπεται το κέρδος να επηρεάζει την ελεύθερη και ανεξάρτητη κρίση του.
- Οφείλει να συναλλάσσεται έντιμα με τους ασθενείς.
- Οφείλει να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών.
- Οφείλει να δρα προς το συμφέρον του ασθενή, όταν του παρέχει ιατρική φροντίδα ή θεραπεία.
- Μόνιμη σκέψη του θα πρέπει να είναι η διατήρηση της ανθρώπινης ζωής.
- Οφείλει πλήρη πίστη προς τον ασθενή του και προσφορά όλων των ιατρικών του γνώσεων. Αν κάποια εξέταση είναι εκτός των δυνατοτήτων του, οφείλει να καλέσει και να ενημερώσει άλλο ειδικό.
- Οφείλει να τηρεί απόλυτη εχεμύθεια για ότι γνωρίζει για τον ασθενή, ακόμη και μετά το θάνατό του.
- Οφείλει να παρέχει τις πρώτες βοήθειες, όπου χρειαστεί.

### 3.5 Η έννοια της αυτονομίας

Η νομική βάση για το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς βρίσκεται στο ελληνικό Σύνταγμα, όπου στο άρθρο 5, κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, στο άρθρο 2, το δικαίωμα προστασίας της αξίας του ανθρώπου και στο άρθρο 9, το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής.

Η αυτονομία των ασθενών κατοχυρώθηκε ρητά, για πρώτη φορά στο ελληνικό δίκαιο το 1992. Στο άρθρο 47, παρ.3 του ν. 2071/1992, ορίζεται ότι *«ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν»* (αρ.47,παρ.3, ν.2071/1992).

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), η αυτονομία των ασθενών κατοχυρώνεται στο άρθρο 12, παρ.1, όπου ορίζεται ρητά ότι *«ο γιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς»* (αρ.12, παρ.1, ΚΙΔ). Ακόμη και στις επείγουσες περιπτώσεις, όπου συντρέχει κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, ο γιατρός μπορεί να επέμβει χωρίς συναίνεση, όταν αυτή δεν μπορεί να ληφθεί (Άρθρο 12, παρ.3 ΚΙΔ).

Επομένως, η υποχρεωτική θεραπεία απαγορεύεται ρητά και οποιαδήποτε πράξη που είναι αντίθετη με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, μπορεί να επιφέρει πειθαρχικές ευθύνες (Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., 2021).

Στα πλαίσια της κοινωνικής συμβίωσης, αυτονομία σημαίνει να μην υποκύπτει κανείς στη θέληση του άλλου. Ένα αυτόνομο άτομο έχει τη δυνατότητα της αυθυπαρξίας, του αυτοκαθορισμού και της αυτοδιάθεσης. Δηλαδή η ικανότητα μέσω των οποίων το άτομο να μπορεί να δρα, δίχως εξωτερικούς ή εσωτερικούς περιορισμούς, σύμφωνα με τη θέλησή του.

Η αυτονομία διακρίνεται στην ατομική και κοινωνική αυτονομία. Όμως το ερώτημα είναι, μέχρι που φτάνει η ατομική αυτονομία σε σχέση με τους κανόνες της κοινωνίας; Επίσης, μπορεί να συμβιβαστεί η ατομική αυτονομία με τους κοινωνικούς νόμους; Τέλος, ποια μπορεί να είναι τα όρια της ιδιωτικής αυτονομίας σε περίπτωση που συγκρούεται με τη δημόσια υγεία;

### **3.6 Η έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης**

Μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η έννοια της συναίνεσης του ασθενούς στις ιατρικές αποφάσεις ήταν μια άγνωστη έννοια. Ο ιατρός ήταν αυτός που είχε την εξουσία και την ηθική υποχρέωση να καθορίσει το συμφέρον του ασθενούς και να πάρει αποφάσεις για την πορεία της υγείας του, αλλά και για την ποιότητα της ζωής του.

Τη δεκαετία του 1960, υπήρξε έντονος προβληματισμός της ηθικής, ως προς την εξουσία του ιατρού σε τέτοιο βαθμό, που θίγει την αυτονομία του ασθενή.

Το 1981, μετά τη Διακήρυξη της Λισσαβόνας, όπου διαμορφώθηκαν τα δικαιώματα των ασθενών, θεσμοθετήθηκε και το δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, ως προϋπόθεση της συναίνεσης ή της διαφωνίας, για τη θεραπευτική μέθοδο που θα αποφασιστεί.

Το δικαίωμα αυτό θεμελιώνεται από το Σύνταγμα (άρθρο 2, παρ.1,2 και άρθρο 7 παρ. 2.), όπου προστατεύουν την ανθρώπινη αξία και απαγορεύουν οποιαδήποτε βλάβη της υγείας του και προσβολή της αξιοπρέπειάς του.

Με το ν. 3418/2005, στην παρ.1 του άρθρου 12 αναφέρεται ότι «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή» (αρ.12, παρ.1, ν.3418/2005).

Με το ν. 2071/1992, αναφέρεται το δικαίωμα του νοσοκομειακού ασθενή, για πληροφόρηση από τον ιατρό για την κατάσταση της υγείας του, αλλά και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν.

Στο άρθρο 10 του ν. 2619/1998, αναφέρεται το δικαίωμα όλων γενικά των ασθενών, να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους, ενώ υποχρεώνει τους ιατρούς να σέβονται τις επιθυμίες όσων δεν επιλέγουν να ενημερωθούν.

Με το άρθρο 5 του ν. 2619/1998, καθιερώνεται ρητά η ελεύθερη συναίνεση του ασθενούς πριν από κάθε επέμβαση.

Τέλος, ο ΚΙΔ, στα άρθρα 11 και 12, αναφέρεται στην υποχρέωση ενημέρωσης τους ασθενούς, ως προϋπόθεση για την εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης.

Ο ασθενής λοιπόν, είναι ο μοναδικός υπεύθυνος για τη λήψη των αποφάσεων που αφορούν την υγεία του, τη σωματική του ακεραιότητα, την ποιότητα της ζωής του, και γενικά την προστασία της προσωπικότητάς του.

Ο ιατρός από την πλευρά του, οφείλει να συνδράμει τον ασθενή στη λήψη της σωστής απόφασης, ενημερώνοντάς τον πλήρως για τη φύση, τους κινδύνους και τις ωφέλειες της ιατρικής πράξης (Βάρκα-Αδάμη Α., Αδάμης Σ., 2008).

Για να είναι έγκυρη η συναίνεση του ασθενούς θα πρέπει να συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- *Η ικανότητα για συναίνεση:* δηλαδή να υπάρχει η ελάχιστη πνευματική ή ψυχολογική ωριμότητα που απαιτείται, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, τις ωφέλειες και τους κινδύνους και να αποφασίσει ή να αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία.
- *Η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό,* όπου σύμφωνα με το άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, θα πρέπει να είναι σαφής, κατανοητή και πλήρης, όσο αφορά το είδος της ασθένειας, την προτεινόμενη θεραπεία, τα αποτελέσματα, τους κινδύνους κ.τ.λ.. Σε περίπτωση που η ενημέρωση δεν είναι επαρκής, οπότε και ο ασθενής έχει έλλειψη γνώσης, η συναίνεση μπορεί να θεωρηθεί άκυρη.
- *Η απουσία ελαττωμάτων κατά τον σχηματισμό της βούλησής του,* όπου η ελαττωματικότητα της βούλησης για συναίνεση λόγω απάτης, απειλής ή απάτης, οδηγεί σε ακύρωση της δηλωθείσας συναίνεσης.
- *Η απουσία αντίθεσης της συναίνεσης του ασθενούς στα χρηστά ήθη,* η οποία θα πρέπει να αναζητηθεί στο σκοπό που οδηγούν στη συγκεκριμένη ιατρική πράξη.

- Η πλήρης κάλυψη της ιατρικής πράξης από την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς. Η συναίνεση του ασθενούς ισχύει για περιορισμένο χρόνο, δηλαδή για κάθε ιατρική πράξη απαιτείται και ξεχωριστή συναίνεση (Βλάχου Ε., Βούλτσος Χ., Δουγαλής Ζ. και συν., 2012).

Η συγκατάθεση του ασθενούς μπορεί να είναι αυτονόητη ή δηλωμένη. Η αυτονόητη συνάγεται από την αυτονόητη συμπεριφορά του ασθενή και είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη στην ελεύθερη και νοσοκομειακή ιατρική πράξη. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής παρουσιαστεί σε ένα ιατρείο, δηλώνει ότι δέχεται την ιατρική εξέταση υπό τη γενική έννοια. Αυτό ισχύει για ιατρικές πράξεις απλές, όπως η ακρόαση, η ψηλάφηση κ.α.. Δεν ισχύει όμως για άλλες, πιο οδυνηρές ιατρικές πράξεις.

Η δηλωμένη συγκατάθεση μπορεί να είναι γραπτή ή προφορική. Για απλές ιατρικές πράξεις, αρκεί η προφορική συγκατάθεση, όμως με την προϋπόθεση της παρουσίας κάποιου τρίτου προσώπου, όχι συγγενικό του ασθενή, αλλά από το χώρο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η γραπτή συγκατάθεση, λαμβάνεται για διαγνωστικές εξετάσεις ή επεμβάσεις. Θα πρέπει να υπογράφεται πάντα από τον ασθενή, με την παρουσία ενός τρίτου προσώπου. Βέβαια, θεωρείται αυτονόητο πως θα πρέπει να έχει προηγηθεί η ενημέρωση τους ασθενούς.

Αξίζει να αναφέρουμε κάποιες ιδιαιτερότητες της συγκατάθεσης του ασθενούς:

- Η συγκατάθεση μετά από καταναγκασμό, εκφοβισμό ή ψέμα δεν είναι νόμιμη.
- Για τα ανήλικα άτομα η συγκατάθεση δίνεται από τους γονείς.
- Σε περιπτώσεις, όπου για λόγους κυρίως θρησκευτικών πεποιθήσεων των γονέων, που δεν είναι δυνατό να παρθεί από αυτούς η συγκατάθεση, ο ιατρός πράττει κατά συνείδηση, και έχει το δικαίωμα να πάρει τη συγκατάθεση του εισαγγελέα.
- Για άτομα διανοητικά ανάπηρα, η συγκατάθεση δίνεται από τους στενούς συγγενείς.
- Για άτομα σε αφασία, η συγκατάθεση δίνεται από τους στενούς συγγενείς. Αν όμως δεν υπάρχουν, επειδή είναι έκτακτη περίπτωση, ο ιατρός μπορεί να προβεί σε ότι χρειαστεί, ώστε να σώσει τη ζωή του.

Παρόλα αυτά οι ασθενείς εκτός από τη συγκατάθεση, έχουν και το δικαίωμα της άρνησης μιας ιατρικής πράξης, την οποία ο γιατρός θα πρέπει να σεβαστεί.

Συμπερασματικά, η σημασία της εξασφάλισης της συναίνεσης είναι ένα συστατικό στοιχείο μιας επιτυχούς και αποτελεσματικής σχέσης ιατρού και ασθενή. Αποτελεί στοιχείο υψίστης σημασίας για την ιατρική ευθύνη. Κάθε ιατρική πράξη που δεν έχει τη συναίνεση του ασθενούς, ασχέτως αν γίνεται με βάση τους κανόνες της ιατρικής, αποτελεί

αυθαίρετη ιατρική πράξη και τιμωρείται. Οπότε, όταν δεν υπάρχει συναίνεση του ασθενούς για οποιαδήποτε ιατρική πράξη, τότε αυτή θεωρείται παράνομη σωματική βλάβη και παράνομη προσβολή της προσωπικότητας.

### **3.6.1 Το περιεχόμενο της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς**

Σκοπός της ενημέρωσης είναι η εξασφάλιση του συμφέροντος του ασθενούς και η περιφρούρηση της αυτονομίας του. Σύμφωνα με το άρθρο 47, παρ. 4 του ν. 2071/1992, το συμφέρον του ασθενούς «εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών» (αρ.47,παρ.4, ν. 2071/1992) που του παρέχει ο ιατρός.

Η ενημέρωση είναι υποχρεωτική και αναγκαία, προκειμένου ο ασθενής να προχωρήσει σε συναίνεση για οποιαδήποτε ιατρική αγωγή. Θα πρέπει να εκτείνεται στα βασικά στοιχεία που αφορούν το αποτέλεσμα της διάγνωσης, τις συνέπειες και τους κινδύνους που πιθανόν να προκύψουν. Μέσα από την ορθή πληροφόρηση ο ασθενής θα πρέπει να σχηματίσει μια πλήρη και κατανοητή εικόνα για τη φύση της ασθένειάς του, ώστε να μπορέσει να αποφασίσει για τη συνέχεια της όποιας θεραπείας.

Παρατηρούμε λοιπόν, πως μεταξύ της ενημέρωσης και της συναίνεσης υπάρχει μια σχέση αλληλεξάρτησης, η οποία αποτελεί βασική συνιστώσα για τη νομιμοποίηση και τη σύννομη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης.

Πολλές φορές υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ο ασθενής παραιτείται ή είναι εντελώς αρνητικός προς την ενημέρωση. Αυτό γίνεται προφανώς από την αντίληψη ότι η γνώση δυσάρεστων δεδομένων, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξη της υγείας του. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής εμπιστεύεται τον ιατρό του, συναινεί και ακολουθεί τις οδηγίες και τη θεραπεία που θα του προτείνει, χωρίς να γνωρίζει περισσότερες λεπτομέρειες. Όμως είναι επιβεβλημένο ο ασθενής ή έστω ένα τρίτο πρόσωπο (συνοδός), να έχει μια γενική εικόνα για την κατάστασή του και για τους κινδύνους που μπορούν να προκύψουν. Ο ιατρός θα πρέπει να αντιμετωπίζει επιφυλακτικά την άρνηση ενημέρωσης και να αναζητά ένα τρίτο πρόσωπο, το οποίο θα μπορούσε να μεταπείσει τον ασθενή.

Ο τρόπος και η μορφή ενημέρωσης αποκτά ιδιαίτερη σημασία ως προς την αποτελεσματικότητά της. Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως η γραπτή ενημέρωση είναι πιο αποτελεσματική από την προφορική, ενώ είναι αποτελεσματικότερος ο συνδυασμός γραπτής και προφορικής.

Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός αφού ενημερώσει τον ασθενή, θα πρέπει να τον παροτρύνει και να τον ενθαρρύνει στη διατύπωση ερωτήσεων, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και την έκφραση των αμφιβολιών του. Με τον τρόπο αυτό θα κατανοήσει σε βάθος τη φύση του προβλήματος της υγείας του.

Τέλος, ο ιατρός επιβάλλεται να λέει πάντα την αλήθεια στον ασθενή. Ο άρρωστος μη γνωρίζοντας την αλήθεια, μπορεί να μην ακολουθήσει τη σωστή θεραπευτική αγωγή που απαιτείται για την περίπτωσή του. Παράλληλα, θα χαθεί και η εμπιστοσύνη του ασθενούς απέναντι στον ιατρό. Αναμφισβήτητα, είναι πολύ δύσκολο για τον ιατρό, σε κάποιες δύσκολες περιπτώσεις υγείας, να ενημερώσει τον ασθενή. Ίσως είναι και μια εύκολη λύση. Όμως η απόκρυψη της αλήθειας μπορεί να οδηγήσει σε:

- Αποτυχία να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες όταν απαιτείται.
- Αδυναμία να εκτιμήσει την εκδήλωση ενός συμπτώματος και να δείξει την απαραίτητη προσοχή.
- Απογοήτευση και παραίτηση από την προσπάθεια αντιμετώπισης της αρρώστιας, λόγω της παραπλάνησης από τον ιατρό.
- Αρνητική γνώμη του κοινού για το ιατρικό λειτούργημα.

### **3.6.2 Περιπτώσεις νόμιμης διενέργειας ιατρικής πράξης χωρίς λήψη συναίνεσης**

Η υποχρέωση της εξασφάλισης της συναίνεσης δεν υφίσταται στην ηθική και νομική της διάσταση, στην περίπτωση αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, προκειμένου να προφυλαχθεί ο ασθενής και εν συνεχεία η δημόσια υγεία.

Ο κανόνας της ενημερωμένης συναίνεσης έχει τις εξαιρέσεις του. Υπάρχουν δηλαδή, περιπτώσεις όπου αναγνωρίζεται στον ιατρό το δικαίωμα να προβεί στην απαιτούμενη ιατρική πράξη, χωρίς να λάβει καθόλου τη συναίνεση του ασθενούς. Αυτές αναφέρονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, στο άρθρο 12, παρ.3., και είναι:

- **Επείγον:**

*«Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου» (Μητροσύλη Μ., 2020).*

Η υποχρέωση της εξασφάλισης της συναίνεσης δεν υφίσταται στην ηθική και νομική της διάσταση, στην περίπτωση αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, προκειμένου να

προφυλαχθεί ο ασθενής και εν συνεχεία η δημόσια υγεία.

- ***Αδυναμία έκφρασης του ασθενούς σε κατεπείγουσες περιπτώσεις***

Σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ.3., του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός μπορεί να προβεί στη διενέργεια της ιατρικής πράξης, χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, σε περίπτωση που:

- συντρέχει κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας στον ασθενή, προκειμένου να αποφευχθεί βλάβη στην υγεία του.
- η συναίνεση δεν μπορεί να ληφθεί λόγω αδυναμίας έκφρασης του ασθενούς, για παράδειγμα όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του.

Για παράδειγμα, όταν ο ιατρός παραλάβει έναν σοβαρά τραυματισμένο σε ατύχημα, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι συντρέχουν προϋποθέσεις της αδυναμίας έκφρασης του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, η ιατρική επέμβαση δεν θεωρείται πως προσβάλλει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσής του. Σε περίπτωση που ο ιατρός παραλάβει έναν ασθενή με μακροχρόνια ασθένεια, όπου βρίσκεται στο τελικό στάδιο και δεν μπορεί να εκφραστεί, ο ιατρός θα πρέπει να επέμβει με ιατρική πράξη για να τον κρατήσει στη ζωή. Αν ο ασθενής είχε εκφραστεί εκ των προτέρων και είχε αρνηθεί τη συναίνεση, η βούλησή του θα πρέπει να γίνει σεβαστή. Όμως θεωρητικά ο ιατρός έχει παραβιάσει τη συναίνεση γιατί θα μπορούσε σε προηγούμενο στάδιο, που ο ασθενής ήταν ικανός, να έχει λάβει τη συναίνεσή του.

- ***Απόπειρα αυτοκτονίας***

Η απόπειρα αυτοκτονίας αντιμετωπίζεται από το νόμο ως ατύχημα και επιτρέπει την παροχή ιατρικής βοήθειας για να σωθεί η ζωή. Όμως, αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του και μετά την απόπειρα και αρνείται την παροχή ιατρικής φροντίδας, τότε η βούλησή του θα πρέπει να γίνει σεβαστή, εφόσον έχει την ικανότητα συναίνεσης.

- ***Καταχρηστική άρνηση χορήγησης συναίνεσης από τρίτο πρόσωπο***

Σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ.3. του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η ιατρική επέμβαση μπορεί να γίνει και χωρίς συναίνεση, όταν η αρμοδιότητα της χορήγησης συναίνεσης ανήκει σε κάποιο τρίτο πρόσωπο, το οποίο αρνείται στη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Από το νόμο, η χορήγηση της απαιτούμενης συναίνεσης ανατίθεται σε τρίτο πρόσωπο, όταν ο ασθενής δεν έχει την απαραίτητη πνευματική ωριμότητα, ώστε να αποφασίσει μόνος του. Έτσι, για ανήλικους ασθενείς, η απόφαση για τη διενέργεια ή μη ιατρικής πράξης, ανατίθεται στους γονείς. Για ενήλικους ασθενείς, που δεν διαθέτουν την ικανότητα για συναίνεση, αποφασίζει ο δικαστικός συμπαραστάτης ή οι



οικείοι ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση, το τρίτο πρόσωπο θα πρέπει να αποφασίζει, όπως ακριβώς θα αποφάσιζε και για τον εαυτό του. Θα πρέπει να αποφασίζει σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενή και όχι σύμφωνα με το δικό του. Η άρνηση των τρίτων προσώπων ή γονέων να δώσουν την συναίνεσή τους, όταν γίνεται για θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις, δεν είναι ανεκτή από το νόμο και θα πρέπει να ζητηθεί η άδεια του εισαγγελέα, αν υπάρχει χρόνος (Δουγαλής Ζ., 2016).

### **3.6.3 Περιπτώσεις έγκυρης συναίνεσης χωρίς προηγούμενη ενημέρωση**

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις όπου ο ιατρός μπορεί να λάβει τη συναίνεση, χωρίς να έχει προηγηθεί πλήρη ενημέρωση στον ασθενή. Αυτές είναι:

- **Προηγούμενη γνώση του ασθενούς.** Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής είναι ήδη ενημερωμένος όταν επισκεφτεί τον ιατρό. Η ενημέρωση για την ασθένεια, τους κινδύνους και τη θεραπεία μπορεί να έχει γίνει από άλλον ιατρό ή προσωπική αναζήτηση του ασθενούς ή με κάποιο άλλο τρόπο. Ο ιατρός θα πρέπει να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής είναι πλήρως κατατοπισμένος και θα προβεί στην απαραίτητη ιατρική πράξη, χωρίς να είναι υποχρεωμένος για περαιτέρω ενημέρωση.
- **Παραίτηση του ασθενούς από το δικαίωμα της ενημέρωσης-Δικαίωμα μη γνώσης.** Αρχικά, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο ασθενής θα πρέπει να έχει μια μικρή γνώση για την ασθένεια και την κατάστασή του και έπειτα μπορεί να παραιτηθεί από το δικαίωμα της ενημέρωσης, όσο αφορά τις λεπτομέρειες της θεραπευτικής αγωγής. Πράγματι, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να εμπιστευτεί τον ιατρό, να ακολουθήσει τις οδηγίες του και τις συμβουλές του, χωρίς να γνωρίζει πολλές λεπτομέρειες.
- **Το θεραπευτικό προνόμιο.** Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός μπορεί να αποφύγει ή να παραλείψει την ενημέρωση, όταν αυτή μπορεί να δημιουργήσει βλάβη στον ασθενή ή να επιδεινώσει την υγεία του. Για παράδειγμα, σε περίπτωση μιας ανίατης ασθένειας, η ενημέρωση για την πορεία της, μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε κατάθλιψη, σε καρδιακή ανακοπή ή ακόμη και σε αυτοκτονία (Δουγαλής Ζ., 2016).

### **3.6.4 Ο ρόλος της ενημέρωσης στην περίπτωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων**

Οι μεταδοτικές ασθένειες δεν είναι δυνατόν να εξαιρεθούν από τον κανόνα της ενημέρωσης. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να παρέχει πλήρη

ενημέρωση προς τους ασθενείς αυτούς, για τους κινδύνους που διατρέχουν, για τον τρόπο μετάδοσης, τους τρόπους αποφυγής της διασποράς της ασθένειας σε τρίτους, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, την εξέλιξη της ασθένειας κ.α..

Στην περίπτωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων, η υποχρέωση ενημέρωσης δεν σχετίζεται μόνο με την παροχή συναίνεσης για τη διενέργεια της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Πρωτίστως, συντελεί στην εξασφάλιση της τήρησης της υποχρέωσης που έχει ο ασθενής για την αποφυγή της διάδοσης της μόλυνσης. Επίσης, μεγάλη σημασία έχει το ζήτημα της ενημέρωσης της οικογένειας και των τρίτων. Γενικά η ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας ενός προσώπου είναι απόλυτα προσωπική και θα πρέπει να τηρείται αυστηρά το ιατρικό απόρρητο. Όμως στην περίπτωση των μεταδοτικών νοσημάτων, η απόκρυψη των κρουσμάτων οδηγεί σε σύγκρουση των δικαιωμάτων, από τη μια πλευρά του ασθενή για σεβασμό της προσωπικότητάς του και από την άλλη της προστασίας της προσωπικότητας των οικείων και των τρίτων προσώπων, δηλαδή οποιονδήποτε πλησίασε, όπου μπορεί η ζωή τους να τεθεί σε κίνδυνο, από την άγνοια ή την τυχόν ανευθυνότητα του ασθενή. Βέβαια η πληροφόρηση των τρίτων δεν έχει άμεση σχέση με την ενημέρωση του ασθενή. Γίνεται καθαρά για προληπτικούς λόγους και αφορά μόνο τους τρόπους μετάδοσης, τις ιδιότητες της μόλυνσης, την εξέλιξη της ασθένειας, την αντιμετώπισή της κ.α.. Η αναφορά προς τις αρχές και η ιχνηλάτηση του περιβάλλοντος του κρούσματος μπορεί να δημιουργούν διάκριση και στιγματισμό. Ωστόσο η ενημέρωση του πληθυσμού την περίοδο της πανδημίας Covid19 και άλλων μεταδοτικών νόσων βάζει πρόσθετα ζητήματα που σχετίζονται με τη διασφάλιση της εγκυρότητας της πληροφορίας στα κοινωνικά μέσα.

Τέλος, ο ιατρός προκειμένου να προστατεύσει τρίτα άτομα από τη μόλυνση, δεν έχει κανένα δικαίωμα να προβεί σε ενημέρωση αυτών. Η ανακοίνωση αυτή αποτελεί υποχρέωση του ίδιου του ασθενή, ο οποίος θα πρέπει να δείξει υπευθυνότητα για την αποφυγή της διάδοσης της ασθένειάς του.

### **3.7 Το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης του ασθενούς**

Στην εποχή μας, η ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας έχει μεταβάλει τη ζωή των ανθρώπων, τόσο σε κοινωνικό, όσο και ατομικό επίπεδο. Οι κίνδυνοι από την αλόγιστη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, μπορούν αναμφίβολα να

οδηγήσουν στην προσβολή της προσωπικότητας του ατόμου.

Η πληροφοριακή τεχνολογία μπορεί να προσβάλει την προσωπικότητα, την ελευθερία και την ανεξαρτησία του ατόμου και κινδυνεύει να το μετατρέψει σε «καθαρό πληροφοριακό αντικείμενο».

Οι ανεξέλεγκτες βάσεις προσωπικών δεδομένων μπορούν να υπονομεύσουν την ιδιωτικότητα του ατόμου. Και αυτό γιατί, μέσα από την αυτοματοποίηση και τη διάδοση των προσωπικών δεδομένων υπάρχει η πιθανότητα να βγουν στην επιφάνεια λανθασμένες πληροφορίες και να εκθέσουν τα άτομα σε κίνδυνο. Για το λόγο αυτό, η ηλεκτρονική επεξεργασία των δεδομένων καθιέρωσε το δίκαιο προστασίας των προσωπικών δεδομένων, όπου σκοπός του είναι να «θωρακίσει» θεσμικά το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης.

Για πρώτη φορά στη χώρα μας, με το ν. 2472/1997 «περί προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα», καθιερώνεται η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

### **3.8 Προστασία προσωπικών δεδομένων**

Σε μια εποχή όπου η τεχνολογία εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς, η προστασία της ιδιωτικής ζωής κρίνεται αναγκαία.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωμένοι να σεβαστούν τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών, το ιστορικό των νόσων, τα αποτελέσματα των εξετάσεων κ.α..

Τα προσωπικά δεδομένα υγείας αφορούν πληροφορίες για τη φυσική, ψυχική ή πνευματική κατάσταση και περιλαμβάνουν όλα τα δεδομένα που αφορούν την κατάσταση της υγείας.

Για πρώτη φορά, στη Σύμβαση της Ρώμης το 1950, αναφέρθηκε η ανάγκη της ιδιωτικότητας, όπου στο άρθρο 8 προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα.

Το 1980 ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης ασχολήθηκε με την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Αργότερα, το 1997, στη Σύμβαση του Oviedo, κατοχυρώθηκε η προστασία των ιατρικών δεδομένων και προέβλεπε την ανάγκη προστασίας του πολίτη, όσο αφορά τις πληροφορίες σχετικά με την υγεία του. Το άρθρο 10 αναφέρεται στο δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής κάθε ατόμου σχετικά με τις πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του και επίσης, το δικαίωμα του κάθε ατόμου

να γνωρίζει οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την υγεία του.

Εν συνεχεία, το 2000, η προστασία των ιατρικών δεδομένων διέπεται από τις διατάξεις του ν.2472/1997 και ν.2774/1999. Επιπλέον σύμφωνα με το ν. 2519/1997, σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη, με αρμοδιότητα την παρακολούθηση, την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών.

Αντικείμενο του ν. 2472/1997, ήταν η θέσπιση προϋποθέσεων για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, χάριν της προστασίας των δικαιωμάτων και της ελευθερίας των φυσικών προσώπων. Στο άρθρο 2, διακρίνονται τα δεδομένα σε απλά και ευαίσθητα. Απλά προσωπικά δεδομένα είναι *«κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων»* (αρ.2, ν.2472/1997), όπου η ταυτότητά του μπορεί να εξακριβωθεί βάση αριθμού ταυτότητας ή άλλων στοιχείων. Ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα είναι *«τα δεδομένα που αφορούν στη φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά φρονήματα, στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, στη συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια και στην ερωτική ζωή, στα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες, καθώς και στη συμμετοχή σε συναφείς με τα ανωτέρω ενώσεις προσώπων»* (αρ.2, ν.2472/1997). Επίσης, στο ίδιο άρθρο αναφέρεται η έννοια της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων, όπου είναι *«κάθε εργασία ή σειρά εργασιών που πραγματοποιείται, από το Δημόσιο ή από νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου ή ιδιωτικού δικαίου ή ένωση προσώπων ή φυσικό πρόσωπο με ή χωρίς τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μεθόδων και εφαρμόζονται σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, όπως η συλλογή, η καταχώριση, η οργάνωση, η διατήρηση ή αποθήκευση, η τροποποίηση, η εξαγωγή, η χρήση, η διαβίβαση, η διάδοση ή κάθε άλλης μορφής διάθεση, η συσχέτιση ή ο συνδυασμός, η διασύνδεση, η δέσμευση (κλείδωμα), η διαγραφή, η καταστροφή»*(αρ.2, ν.2472/1997).

Τέλος, η Ευρωπαϊκή Ένωση, δίνει μεγάλη σημασία στην προστασία των προσωπικών δεδομένων. Στις 25 Μαΐου 2018, τίθεται σε εφαρμογή ο νέος Γενικός Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, όπου αφορά *«την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών»*. Ο κανονισμός θα έχει άμεση εφαρμογή αντικαθιστώντας την ισχύουσα Οδηγία 95/46/ΕΚ και την εθνική νομοθεσία που την ενσωμάτωσε, δηλαδή το Ν.2472/1997.

Η διαρροή προσωπικών ιατρικών πληροφοριών μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο και να επηρεάσει αρνητικά τη ζωή του ασθενή. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας της χρήσης και η αποφυγή διασποράς των

πληροφοριών σε μη εξουσιοδοτημένους χρήστες (Τσελίγκα Α, Γιαγτζίδου Α., Βλαχιώτη Ε., 2015).

Οι όροι που χρησιμοποιούνται για τα Προσωπικά Δεδομένα είναι:

- **Δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα (GDPR):** Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα είναι πληροφορίες που αφορούν ένα ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο εν ζωή άτομο. Επίσης, διαφορετικές πληροφορίες, αν συγκεντρωθούν όλες μαζί, μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση ενός προσώπου και αποτελούν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα. Τα δεδομένα αυτά προστατεύονται από τον GDPR, ο οποίος χρησιμοποιείται και στη χειροκίνητη και στην ηλεκτρονική επεξεργασία.
- **Ιατρικά Δεδομένα:** Είναι προσωπικά δεδομένα, που αφορούν την υγεία και σχετίζονται με τη σωματική ή ψυχική υγεία ενός φυσικού προσώπου, περιλαμβανομένης και της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.
- **Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα/Ειδικά Προσωπικά Δεδομένα Υγείας**
- **Γενετικά Δεδομένα:** Είναι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τα γενετικά χαρακτηριστικά ενός φυσικού προσώπου που κληρονομήθηκαν ή αποκτήθηκαν.
- **Βιομετρικά Δεδομένα:** Είναι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που προκύπτουν από ειδική τεχνική επεξεργασία π.χ. εικόνα προσώπου, δακτυλοσκοπικά δεδομένα.
- **Δεδομένα μεγάλης κλίμακας- Big data:** Είναι δεδομένα που καταλαμβάνουν εξαιρετικά μεγάλο όγκο, γι' αυτό το λόγο η επεξεργασία τους είναι πολύπλοκη.

Σήμερα στον τομέα της υγείας και ειδικότερα, κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζονται νέοι μέθοδοι όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, τα ιατρικά πληροφοριακά συστήματα κ.α.. Τα δεδομένα καταλαμβάνουν πολύ μεγάλο όγκο και χαρακτηριστικής σημασίας στην εξέλιξη των προσωπικών δεδομένων είναι η ανάλυσή τους σε δεδομένα «μεγάλης κλίμακας» (big data analytics) (Παπακωνσταντίνου Σ., 2021).

Η τήρηση ιατρικών αρχείων προβλέπεται και ορίζεται ως προς το σκοπό, τον τρόπο και το περιεχόμενό του, από το άρθρο 14 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, καθώς και το Νόμο 3418/2015 «Περί τήρησης ιατρικού αρχείου». Το ιατρικό αρχείο συμπεριλαμβάνει, αφενός τα απόλυτα απαραίτητα προσωπικά στοιχεία του ασθενούς και αφετέρου, τη λεπτομερή αναφορά της κλινικής του εικόνας, τη θεραπευτική του αγωγή, τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και τα αποτελέσματα αυτών, την πορεία της κατάστασης της υγείας του, καθώς και συμπεράσματα και παρατηρήσεις.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, που έχει αντικαταστήσει το χειρόγραφο, περιέχει όλα τα στοιχεία του ασθενούς, για όλη τη διάρκεια της ζωής του και θα πρέπει να είναι εμπιστευτικός. Απαγορεύεται η καταχώρηση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων του ασθενούς, όπως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, γενετικά και βιομετρικά δεδομένα, πολιτικά φρονήματα, κοινωνικό στάτους, ποινικό μητρώο κ.α., τα οποία δεν έχουν ιατρικής φύσεως ενδιαφέρον.

Η διάρκεια τήρησης του ιατρικού αυτού αρχείου των ασθενών έχει υποχρεωτικό ανώτατο χρονικό διάστημα 10 έτη, για τα ιδιωτικά ιατρεία, και 20 έτη για τα δημόσια.

### ***3.8.1 Η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων στο χώρο της υγείας και ο GDPR***

Ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός 2016/679, GDPR (General Data Protection Regulation- Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων), ψηφίστηκε στις 27/04/2016, για όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ τέθηκε σε ισχύ στις 25/05/2018, διαμορφώνοντας ένα ενιαίο νομικό πλαίσιο για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Στην κατοχύρωση της ιδιωτικής ζωής του ανθρώπου, σύμφωνα με το άρθρο 9, παρ.1 του Συντάγματος, εντάσσεται η διασφάλιση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από κακόβουλη χρήση ή καταχρηστική συλλογή και επεξεργασία, είτε από τρίτους, είτε από την Πολιτεία.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, στον τομέα της υγείας επιβάλλεται η τήρηση ιατρικού αρχείου. Τα δεδομένα στο φορέα της υγείας συλλέγονται είτε με φυσικά, είτε με ηλεκτρονικά μέσα. Συνήθως, τα παρεχόμενα στοιχεία είναι το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το μητρώνυμο, η ημερομηνία γέννησης, η διεύθυνση, ο αριθμός ταυτότητας, το ΑΦΜ, το ΑΜΚΑ, το βιβλιάριο υγείας, οι προηγούμενες εξετάσεις κ.α.. Ο τρόπος τήρησης του αρχείου θα πρέπει να εγγυάται την ασφάλεια, τη διαθεσιμότητα και την προστασία από τη λογοκλοπή, την καταστροφή ή την αλλοίωση.

Σύμφωνα με το GDPR, τα προσωπικά στοιχεία μπορούν να καταχωρούνται πλέον με τη μορφή πλασματικών προσωπικών ονομάτων (ψευδονυμοποίηση- ανωνυμοποίηση), ενώ τα πραγματικά στοιχεία να τηρούνται ξεχωριστά με αυστηρούς κανόνες ασφάλειας.

Η συλλογή και επεξεργασία των ειδικών/ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων απαγορεύεται, εκτός από κάποιες εξαιρέσεις, όπως το θέμα της υγείας. Αυτό προϋποθέτει να γίνεται από άτομο που διέπεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, τηρουμένης

της επαγγελματικής του εχεμύθειας. Γίνεται δε, όταν είναι αναγκαία για τη διάγνωση, θεραπεία ή πρόληψη των ασθενειών. Σε καμιά περίπτωση, τα στοιχεία των ιατρικών αρχείων δεν μπορούν να επεξεργαστούν άσκοπα, για λόγους μη ιατρικούς. Επίσης, βασική προϋπόθεση για την επεξεργασία αποτελεί η συναίνεση του ασθενούς.

Η αυστηρή τήρηση των προσωπικών δεδομένων και το GDPR, βοηθούν στην αποφυγή οποιασδήποτε εργασιακής ή υπηρεσιακής κατάχρησης σε άτομα ευπαθών ομάδων ή πάσχοντα από μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα ή υπό φαρμακευτική αγωγή κ.α..

Τα άτομα των οποίων συλλέγονται τα προσωπικά δεδομένα, έχουν τα εξής δικαιώματα:

- Το δικαίωμα της ανάκλησης της συγκατάθεσής τους, ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Το δικαίωμα της ενημέρωσής τους, σχετικά με τη συλλογή και την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων.
- Το δικαίωμα της διόρθωσης, σε περιπτώσεις όπου παρατηρούνται αναντιστοιχίες.
- Το δικαίωμα του περιορισμού της επεξεργασίας των προσωπικών τους δεδομένων, όποτε κριθεί ότι γίνεται παραβίαση.

Παραβίαση των δεδομένων υπάρχει όταν παραβιάζεται η ασφαλής φύλαξη τους και οδηγεί είτε σε τυχαία, είτε σε παράνομη και σκοπούμενη καταστροφή, απώλεια, αλλοίωση ή μεταβολή τους. Επίσης, όταν υπάρχει παραβίαση της εμπιστευτικότητας, της ακεραιότητας και της διαθεσιμότητας των στοιχείων αυτών (Οικονομοπούλου Γ., 2021).

### **3.9 Το ιατρικό απόρρητο**

Ένα από τα πιο σημαντικά πεδία της ιατρικής και ειδικότερα της ιατρικής ηθικής, είναι το ιατρικό απόρρητο. Όλοι οι άνθρωποι έχουμε την ανάγκη να διατηρήσουμε κάποια στιγμή, μυστικά γεγονότα στην ιδιωτική μας ζωή. Διαφορετικά θα χάναμε μεγάλο μέρος της ατομικότητας και της αξιοπρέπειάς μας.

Το ιατρικό απόρρητο είναι η τήρηση αυστηρής και απόλυτης μυστικότητας εκ μέρους των ιατρών, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, για οποιαδήποτε στοιχεία αφορούν τον ασθενή ή την οικεία του.

Το καθήκον της εχεμύθειας θεωρείται ένα από τα πιο αρχαία και τα πιο ιερά δικαιώματα. Συναντάται στους θεραπευτές της Βαβυλώνας, στην Αρχαία Αίγυπτο, στις παραδόσεις των Σουμέριων και στη Βραχμανική Περίοδο, ενώ αποτυπώνεται ως ηθικό

αξίωμα στον Όρκο του Ιπποκράτη όπου αναφέρεται ότι «*Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἰδῶ ἢ ακούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἅ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἕξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα*», δηλαδή ο ιατρός θα πρέπει να μην κοινοποιεί και να κρατάει τα ιατρικά θέματα μυστικά (Τσουνής Α., Σαράφης Π., 2012).

Στο ελληνικό δίκαιο, το ιατρικό απόρρητο προστατεύεται αστικά και ποινικά. Σύμφωνα με το άρθρο 371ΠΚ, οι υγειονομικοί που παραβιάζουν το καθήκον της εμπιστευτικότητας και της εχεμύθειας, απειλούνται με χρηματική ποινή ή φυλάκιση. Συγκεκριμένα ορίζεται ότι «*Κληρικοί, δικηγόροι και κάθε είδους νομικοί παραστάτες, συμβολαιογράφοι, γιατροί, μαίες, νοσοκόμοι, φαρμακοποιοί και άλλοι λειτουργοί ή επαγγελματίες, στους οποίους κάποιος εμπιστεύονται συνήθως λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους ιδιωτικά απόρρητα, καθώς και οι βοηθοί των προσώπων αυτών, οι οποίοι φανερώνουν ιδιωτικά απόρρητα, που τους τα εμπιστεύτηκαν ή που τα έμαθαν λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους, τιμωρούνται με φυλάκιση έως ένα έτος ή χρηματική ποινή*» (αρ.571 ΠΚ).

Η αστική ευθύνη επισύρεται στη βάση του άρθρου 57 του Αστικού Κώδικα. Η παραβίαση του απορρήτου θεωρείται προσβολή της προσωπικότητας και δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης του θιγόμενου.

Σήμερα γίνεται ρητή μνεία του ιατρικού απόρρητου στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 13 όπου, «*ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του και το οποίο αφορά τον ασθενή ή τους οικείους του*» (αρ.13, ΚΙΔ). Επίσης, για την αυστηρή τήρηση του ιατρικού απόρρητου ο ιατρός οφείλει: (α) «*να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, συνεργάτες ή άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιοδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και (β) «να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη με οποιοδήποτε τρόπο παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του*» (αρ.13 ΚΙΔ). Παρατηρούμε λοιπόν, ότι το ιατρικό απόρρητο καλύπτει όχι μόνο τις πληροφορίες που ο ίδιος ο ασθενής αποφασίζει να εκμυστηρευτεί στον ιατρό του, αλλά και κάθε άλλη πληροφορία, την οποία διαπιστώνει ο ιατρός και αποτελεί δεδομένο για την υγεία του ή σχετίζεται με το ιστορικό του ή την επαγγελματική-οικονομική του κατάσταση, καθώς και οποιαδήποτε άλλη προσωπική συνήθεια.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απόρρητου εξακολουθεί να ισχύει και μετά το θάνατο του ασθενούς, ενώ δεν ισχύει το ίδιο και με την



επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, η οποία παύει με το θάνατο του φυσικού προσώπου των δεδομένων. Συνεπώς, κάθε παραβίαση του ιατρικού απόρρητου δε σημαίνει αναγκαστικά και παράβαση του ν. 2472/1997 για την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Αντιθέτως, κάθε προσβολή των προσωπικών δεδομένων υγείας, ταυτόχρονα θεωρείται και παραβίαση του ιατρικού απόρρητου.

### **3.9.1 Περιπτώσεις επιτρεπόμενης άρσης του ιατρικού απόρρητου**

Απαράβατος όρος της συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς αποτελεί το ιατρικό απόρρητο. Όμως, όπως κάθε κανόνας, έτσι και η τήρηση του ιατρικού απόρρητου έχει της εξαιρέσεις της. Ο ιατρός απαλλάσσεται από την υποχρέωση της εχεμύθειας, όταν συντρέχει ηθικό ή νομικό καθήκον για τη διαφύλαξη της υγείας του κοινωνικού συνόλου, δηλαδή της Δημόσιας Υγείας.

Είναι δεδομένο πως, το δημόσιο συμφέρον υπερτερεί του ατομικού. Έτσι, το ιατρικό απόρρητο μπορεί να αρθεί όταν συντρέχουν λόγοι προστασίας της Δημόσιας Υγείας. Η προάσπιση της Δημόσιας Υγείας μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με την προάσπιση του ατομικού δικαιώματος του απόρρητου (Παπαγεωργίου Ε., Σαράφης Π., Μπαμίδης Π., 2013).

Σύμφωνα με την παρ.3, του άρθρου 13 ΚΙΔ, η άρση του ιατρικού απόρρητου επιτρέπεται όταν:

- ***Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση κάποιου νομικού ή ηθικού καθήκοντος.***

Για παράδειγμα, η γέννηση και ο θάνατος, όπου ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να προβεί σε αναγγελία στην αρμόδια αρχή (συμπλήρωση ληξιαρχικής πράξης). Επίσης, στην περίπτωση των μεταδοτικών νοσημάτων, ο ιατρός υποχρεούται να δηλώσει την ύπαρξή του νοσήματος στις αρμόδιες υγειονομικές αρχές, ενώ η απόκρυψη μπορεί να οδηγήσει σε πραγματικές συμφορές. Σύμφωνα με το άρθρο 284 ΠΚ παρ.1 «*όποιος παραβιάζει τα μέτρα που έχει διατάζει ο νόμος ή η αρμόδια αρχή για να αποτραπεί η εισβολή ή η διάδοση μιας μεταδοτικής ασθένειας τιμωρείται με φυλάκιση. Αν η παραβίαση αυτή είχε ως συνέπεια να μεταδοθεί η ασθένεια σε άνθρωπο, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών*» (αρ.284, παρ.1, ΠΚ) και παρ.2 «*αν η πράξη τελέστηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή χρηματική*» (αρ.284, παρ.2 ΠΚ). Η έγκαιρη ανακοίνωσή τους θα συμβάλει στην άμεση λήψη προληπτικών μέτρων και στην προστασία της Δημόσιας Υγείας και του δημόσιου

συμφέροντος.

- ***Ο ιατρός αποβλέπει στην διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχτεί διαφορετικά.***

Τέτοια συμφέροντα που δικαιολογούν την άρση του ιατρικού απορρήτου υπάρχουν όταν:

A) Με την αποκάλυψη του ιατρικού απορρήτου πρόκειται να προστατευτεί η υγεία και η ζωή ανήλικων και ηλικιωμένων, ψυχικά ή σωματικά αναπήρων, που δεν έχουν την ικανότητα να προστατεύσουν τον εαυτό τους. Εδώ εντάσσονται ανήλικοι που πάσχουν από αφροδίσια ή άλλα μεταδοτικά νοσήματα ή ανήλικη που είναι έγκυος και δεν το γνωρίζουν οι γονείς της. Επίσης, ιδιάζουσα είναι η περίπτωση, όπου ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να δηλώσει στην αρμόδια αρχή, μια περίπτωση με AIDS. Εδώ, η άρση του ιατρικού απορρήτου θεωρείται επιβεβλημένη, για λόγους προστασίας των οικείων του ασθενούς, αλλά και ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου. Το πιθανότερο είναι ο ασθενής, να μην συμφωνεί να αποκαλύψει στους οικείους του σχετικά με τη νόσο του, προκειμένου να αποφύγει την απομόνωση και τον κοινωνικό στιγματισμό. Όμως ο γιατρός, προς αποφυγή κάθε δυσάρεστης συνέπειας, θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα.

B) Με την άρση του ιατρικού απορρήτου πρόκειται να εξασφαλιστεί η σωτηρία κάποιου που διώκεται άδικα π.χ. κάποιον που κινδυνεύει να καταδικαστεί με βαριές ποινές.

Γ) Για την πρόληψη δημοσίου κινδύνου.

Δ) Ο ιατρός μπορεί να παραβιάσει το απόρρητο για δικό του συμφέρον, δηλαδή για να προστατεύσει και να υπερασπίσει το πρόσωπό του από κάποιες κατηγορίες που τον βαραίνουν και τον ενοχοποιούν, ώστε να αθωωθεί.

- ***Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνα.***

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα, μια κατάσταση θεωρείται ως «κατάσταση ανάγκης» όταν υπάρχει κίνδυνος, ο οποίος απειλεί ένα πρόσωπο, μια περιουσία ή μπορεί να προκληθεί σημαντική βλάβη. Παράδειγμα της εποχής μας αποτελεί η απειλή της Δημόσιας

Υγείας από το φονικό ιό του κορονοϊού, και η απειλή για την εκδήλωση πανδημιών-επιδημιών. Στο άρθρο 22 ΠΚ, αναφέρεται ότι : α) «Δεν είναι άδικη η πράξη που τελείται σε περίπτωση άμυνας», β) «Άμυνα είναι η αναγκαία προσβολή του επιτιθέμενου στην οποία προβαίνει το άτομο, για να υπερασπισθεί τον εαυτό του ή άλλον από άδικη και παρούσα επίθεση που στρέφεται εναντίον τους» και επίσης γ) «το αναγκαίο μέτρο της άμυνας κρίνεται από το βαθμό επικινδυνότητας της επίθεσης, από το είδος της βλάβης που απειλούσε, από τον τρόπο και την ένταση της επίθεσης και από τις λοιπές περιστάσεις» (αρ.22, ΠΚ). Επίσης, στο άρθρο 25ΠΚ ορίζεται ότι: «Δεν είναι άδικη η πράξη που τελεί κάποιος, για να αποτρέψει παρόντα και αναπότρεπτο με άλλα μέσα κίνδυνο, ο οποίος απειλεί το πρόσωπο ή την περιουσία του ίδιου ή κάποιου άλλου χωρίς δική του υπαιτιότητα, αν η βλάβη που προκλήθηκε, στον άλλο είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε» (αρ.25,ΠΚ). Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν ο γιατρός βρίσκεται σε άμυνα ή κατάσταση ανάγκης, για παράδειγμα όταν κατηγορείται για ανθρωποκτονία, είναι δυνατόν να φανερώσει το ιατρικό απόρρητο, προκειμένου να υπερασπίσει τον εαυτό του. Μπορεί να αποκαλύψει τη νόσο και την εξέλιξή της, ενώπιον των αρμόδιων αρχών του δικαστηρίου ή του ανακριτή, αμυνόμενος κατά τις κατηγορίες που τον βαραίνουν.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ**

### **ΥΓΕΙΑΣ**

#### **4.1 Η έννοια της Υγείας**

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ( 1946), υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (WHO 1946).

Η υγεία θεωρείται μια πολυσύνθετη έννοια. Θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Είναι ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Αποτελεί ύψιστο αγαθό και παράλληλα υπέρτατο δικαίωμα.

*«Η επίτευξη της υγείας προϋποθέτει ειρήνη, διατροφή, εισόδημα, ισότητα, δικαιοσύνη, σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και σωστή χρήση των πόρων»* (Μαλάμου Θ., 2015).

Ένας πλήρης ορισμός για την «υγεία», ουσιαστικά είναι αδύνατος. Θεωρητικά είναι μια κατάσταση ισορροπίας μεταξύ των ατομικών και περιβαλλοντικών συστημάτων. Ο βαθμός της υγείας ενός ατόμου προσδιορίζεται σε κάποια χρονική στιγμή και όχι μόνιμα.

Κατά την τελευταία 25ετία, πολλοί επιστήμονες προσπάθησαν, από διαφορετική οπτική ο καθένας να επανακαθορίσουν την έννοια της υγείας και της αρρώστιας. Ο βιοματρικός ορισμός δόθηκε με βασικό κριτήριο την ψυχολογία του ατόμου και επηρεάζεται με τον τρόπο που αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση αναφέρει ότι *«υγεία θεωρείται η ικανότητα που έχει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους και να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής»* (Χατζηπουλίδης Γ., 2004).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η έννοια «υγεία» έχει πολλούς ορισμούς. Μπορεί να οριστεί ως η απουσία συμπτωμάτων ή νόσου, ως σωματική ικανότητα, ως ικανότητα άσκησης ρόλων ή όπως αναφέρει και ο ΠΟΥ, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας. Παρατηρείται, ότι ο ιατρικός κόσμος ταυτίζει την υγεία με την απουσία ασθένειας, ενώ οι κοινωνικοί επιστήμονες δίνουν, με διαφορετικές προσεγγίσεις, ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας (Χατζηπουλίδης Γ., 2004).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η υγεία διακρίνεται στην ατομική και τη δημόσια υγεία, η οποία αναφέρεται στη συμβίωση των ανθρώπων και ιδιαίτερα, στους κινδύνους και στα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από τη συμβίωση αυτή.

Τέλος, το δικαίωμα των πολιτών στην υγεία αποτελεί θεμελιώδες συνταγματικό δικαίωμα, το οποίο κατοχυρώνεται στο άρθρο 21, παρ.3 του Συντάγματος, *«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*. Το κράτος δηλαδή δεσμεύεται να παρεμβαίνει με θετικές ενέργειες και παροχή υπηρεσιών υγείας και αγαθών, για την προστασία του δικαίωματος. Τόσο δηλαδή για την πρόληψη, όσο και για τη θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης, η οποία βάλλεται κατά *την προστασία της υγείας*.

## 4.2 Η έννοια της Δημόσιας Υγείας

Η Δημόσια Υγεία θεωρείται ένα πολυδιάστατο και πολυεπίπεδο θέμα, αφού συγχρόνως αποτελεί ιατρικό, κοινωνικό και πολιτικό ζήτημα. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί, ενώ η προστασία της Δημόσιας Υγείας είναι επίσης ένα σύνθετο ζήτημα.

Σύμφωνα με τον Winslow, καθηγητή Δημόσιας Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Yale στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (1923), 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 μέσω οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας, την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των μολύνσεων της κοινότητας, την εκπαίδευση του ατόμου ως προς τις αρχές και την προσωπική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και προληπτική θεραπεία της νόσου, καθώς και την ανάπτυξη του κοινωνικού μηχανισμού που θα εξασφαλίσει σε κάθε άτομο ένα βιοτικό επίπεδο κατάλληλο για την διατήρηση της υγείας του»* (Winslow, Charles- Edward Amory, 1920).

Ένας άλλος ορισμός, σύμφωνα με τον Beaglehole & Bonita (2004), αναφέρει πως η δημόσια υγεία *«είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού»* (Beaglehole R., Bonita R., 2004).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του ν 3370/2005, *«Η δημόσια υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. 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 έχει χαρακτήρα πολυτομεακό, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία. Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει διατομεακές δραστηριότητες και ασκείται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Η δημόσια υγεία είναι, πρωτίστως, άσκηση δημόσιας πολιτικής και γίνεται με την ευθύνη του κράτους» (αρ.1,ν.3370/2005), και το άρθρο 2, «Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απουσία εισοδήματος, και η προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, περιέχονται στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας» (αρ.2, ν.3370/2005). Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην υγεία του γενικού πληθυσμού.

Η Δημόσια Υγεία είναι διεπιστημονική και διεπαγγελματική. Δηλαδή, αν και έχει ως πυρήνα την ιατρική επιστήμη, χρειάζεται τη συμβολή και άλλων επιστημών, όπως της Βιολογίας, της Ψυχολογίας, της Νομικής, της Κοινωνιολογίας κ.α.. Το βασικότερο μεθοδολογικό εργαλείο της Δημόσιας Υγείας είναι η επιδημιολογία., ενώ οι παρεμβάσεις της είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του ν. 3370/2005, οι κυριότερες δράσεις της Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η παρακολούθηση και η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Η προστασία της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων.
- Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων.
- Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

- Η αντιμετώπιση των έκτακτων, αναδυόμενων και απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά αίτια.
- Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
- Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσης.
- Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής, της βιολογίας και της γενετικής.
- Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

Συμπερασματικά, η σημαντικότερη λειτουργία της δημόσιας υγείας είναι η προαγωγή της υγείας, δηλαδή η διαδικασία με την οποία δίνεται η δυνατότητα στα άτομα να ελέγξουν και να βελτιώσουν την υγεία τους. Επιπλέον, συμβάλλει στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων και γενικά των απειλών για την υγεία (Aspradaki A., 2021).

Οι απαρχές της Δημόσιας Υγείας βρίσκονται στην ανάγκη καταπολέμησης των ενδημικών και πανδημικών νόσων στις πόλεις της πρώιμης βιομηχανικής επανάστασης, στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Την εποχή εκείνη εφαρμόστηκαν μέτρα υγιεινής, που περιόρισαν την εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων. Από το 1970 επεκτάθηκε η αναγνώριση της ειδικότητας, με διαφορετικές ονομασίες σε διάφορες χώρες. Στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης συναντάμε τους όρους «Δημόσια Υγεία», «Κοινωνική Ιατρική», και «Υγιεινή».

Στην Ελλάδα, τα πρώτα μέτρα υγιεινής ελήφθησαν από τον Ιωάννη Καποδίστρια, όταν το 1828, έπρεπε να αντιμετωπιστεί μια πανδημία πανώλης που εκδηλώθηκε στην Ύδρα, στις Σπέτσες και στο Ναύπλιο. Το 1845, θεσμοθετήθηκε ο πρώτος υγειονομικός κανονισμός που είχε σαν σκοπό τον έλεγχο των λοιμώξεων, περιλαμβανομένης και της επιβολής της καραντίνας στα πλοία, όπου οι επιβαίνοντες νοσούσαν. Την ίδια περίοδο διορίστηκαν οι νομιάτροι στα υγειονομικά τμήματα των νομαρχιών. Αργότερα, το 1933, επί βασιλείας του Όθωνα, συστάθηκε Υγειονομικό Τμήμα στο Υπουργείο Εσωτερικών, συγκροτήθηκε το Ιατροσυνέδριο και δημιουργήθηκε η Ιατρική Αστυνομία. Το 1917, εξαιτίας του μεγάλου κύματος προσφύγων, δημιουργήθηκε η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας στη Μακεδονία. Το 1929, λίγο μετά την επιδημία του δάγγειου πυρετού, δημιουργήθηκε η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (ΥΣΑ), όπου το 1994 μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ). Επίσης, με το νόμο 2071/1992 δημιουργήθηκε το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), το οποίο αργότερα με το ν 3370/2005

μετονομάστηκε σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) και με το νόμο 4600/2019 σε Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ).

Σε όλο αυτό το διάστημα η Κοινωνική Ιατρική συνυπάρχει με τη Δημόσια Υγεία, ως έννοια, περιεχόμενο και αντικείμενο. Οι δύο όροι λειτουργούν και συμπληρωματικά και αντιθετικά, ανάλογα με την επιστημολογική, την ιδεολογική ή την πολιτική προσέγγιση που εκφράζουν (Φιλαλήθης Α., Φωτόπουλος Α., Τρομπούκης Κ., 2020).

### 4.3 Το ατομικό δικαίωμα προστασίας της υγείας

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας αποτελεί ένα κλασικό ατομικό δικαίωμα που το περιεχόμενό του συνιστάται στην απουσία πρόκλησης οποιασδήποτε βλάβης ή προσβολής της σωματικής ή ψυχικής υγείας ή τον περιορισμό της ελευθερίας του. Με λίγα λόγια υπάρχει απαίτηση από το Κράτος να παρέχει προστασία. Σύμφωνα με τον Jellinek, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, τα ατομικά δικαιώματα διακρίνονται σε θετικά, αρνητικά και ενεργητικά. Το δικαίωμα στην υγεία φέρει αρνητικό περιεχόμενο, με την έννοια ότι παρέχεται σε κάθε άτομο ξεχωριστά και ανάλογα με τις ανάγκες του κατέχει εξέχουσα θέση, γιατί συμβάλει στην απονομή ισότητας, μέσω της αποχής οποιασδήποτε ενέργειας του ατόμου από την κρατική παρέμβαση. Είναι γνωστό πως *«τα περισσότερα θεμελιώδη δικαιώματα που κατοχυρώνονται συνταγματικά εμπίπτουν στην αρνητική προστατευτική λειτουργία της κρατικής εξουσίας»*. Σύμφωνα με το παραπάνω, το κράτος δεν πρέπει να παρεμβαίνει στην ιδιωτική αυτονομία, παρά μόνο να είναι αρωγός της ατομικής προστασίας και να αφήνει στο άτομο ελεύθερο χώρο δράσης, έτσι ώστε να διαμορφώσει τη ζωή του, ως άτομο και μέλος της κοινωνίας (Σοφοκλέους Α., 2019).

Το ατομικό δικαίωμα προστασίας της υγείας θεμελιώνεται στο άρθρο 7, παρ.2 του Συντάγματος, όπου αναφέρεται ότι, *«Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει»*, όπως και στο άρθρο 5 του Συντάγματος, παρ.5, *«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων»* (αρ.7, παρ.2, Σύνταγμα της Ελλάδος). Η διάταξη αυτή απαγορεύει οποιαδήποτε επέμβαση στην υγεία, η οποία να μπορεί να την επηρεάσει



δυσμενώς από ενέργειες τρίτων, καθώς και την ιατρική επέμβαση ή την παρέμβαση χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς.

Το κράτος θα πρέπει να απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια είναι ικανή να προσβάλει την υγεία, τη ζωή, τη ψυχική και σωματική ευεξία του ατόμου. Επιπλέον, το ατομικό δικαίωμα στην υγεία είναι συνυφασμένο με το άρθρο 5, παρ.1 του Συντάγματος της Ελλάδος, με την αξία και την αξιοπρέπεια του ατόμου που κατοχυρώνεται για κάθε άνθρωπο. Τέλος, το κράτος οφείλει να σέβεται το άτομο και να διασφαλίζει την υγεία του, ως υπέρτατο αγαθό με ιδιαίτερη αξία. Κάθε περιορισμός από την πλευρά του κράτους, θα πρέπει να γίνεται με κριτήριο την αρχή της αναλογικότητας, ώστε να μην υπονομεύεται η αρχή της αυτονομίας.

#### **4.4 Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας**

Το κοινωνικό δικαίωμα της υγείας αποκτά θετικό περιεχόμενο, εφόσον συνιστάται σε διάφορες αξιώσεις του πολίτη από το κράτος. Το κράτος οφείλει να παρέχει όχι μόνο υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και πρόληψη, δηλαδή τη λήψη θετικών μέτρων για την προστασία της υγεία του πολίτη και την αποφυγή από κάθε επικίνδυνη κατάσταση που μπορεί να τον βλάψουν.

Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία απορρέει από τη διάταξη της παρ.3 του άρθρου 21 του Συντάγματος όπου, *«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»* (αρ.21, παρ. 3, Σύνταγμα της Ελλάδος). Πρόκειται για ένα κοινωνικό δικαίωμα, το οποίο συνιστάται στην αξίωση των πολιτών έναντι του κράτους για τη λήψη μέτρων, παροχών και υπηρεσιών που προάγουν και προστατεύουν την υγεία των πολιτών. Επίσης το Κράτος, όπως ορίζεται στο άρθρο 25, παρ.1 του Συντάγματος όπου, *«Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας»* (αρ.25, παρ.1,

Σύνταγμα της Ελλάδος). Το Κράτος δηλαδή έχει την ευθύνη για την προστασία του έννομου αγαθού της υγείας με κάθε τρόπο. Είναι υπεύθυνο για την πρόληψη και για τη θεραπεία κάθε κατάστασης που τείνει να περιορίσει ή να εξαλείψει το αγαθό της υγείας. Κάθε προληπτικό μέτρο που θα ορίζεται από το νόμο, οφείλει να τηρεί την αρχή της αναλογικότητας.

Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας είναι φανερό επίσης, στο άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος, όπου δικαιούχοι παροχών του ΕΣΥ είναι όλοι οι πολίτες, χωρίς διακρίσεις. Επομένως, τονίζεται η καθολικότητα του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία.

Τέλος, ο θεμελιώδης χαρακτήρας του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας, θεσπίζεται στο άρθρο 1, παρ.1 του Συντάγματος, όπου «*Το πολίτευμα της Ελλάδας είναι Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία*», δηλαδή καθιερώνεται η δημοκρατική αρχή ως θεμελιώδης αρχή του Συντάγματος. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η δημοκρατική αρχή όμως, επιβάλλεται να ικανοποιούνται βασικά κοινωνικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην υγεία, το δικαίωμα στη διαμονή, το δικαίωμα στην εργασία, κ.α.. Μόνο έτσι διασφαλίζεται η πλήρης συμμετοχή όλων των πολιτών στη δημοκρατική διαδικασία.

#### **4.5 Περιορισμοί στην αυτονομία του πάσχοντος από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα για λόγους δημοσίου συμφέροντος**

Έντονος προβληματισμός, ιδιαίτερα στην εποχή μας, έχει δημιουργηθεί σχετικά με τον περιορισμό της αυτονομίας τους ασθενούς, σε περίπτωση που απειλείται η Δημόσια Υγεία από λοιμώδη νοσήματα. Πολλές φορές μπορεί η προστασία της Δημόσιας Υγείας να είναι προβληματική, εξαιτίας του κινδύνου μετάδοσης των ασθενειών και της σύγκρουσης μεταξύ των ατομικών δικαιωμάτων και του δημοσίου συμφέροντος.

Το δημόσιο συμφέρον είναι η ωφέλεια ή χρησιμότητα που αποφέρουν σε ένα πρόσωπο οι υπηρεσίες άλλων προσώπων ή οι σχέσεις με αυτούς ή νομικές ρυθμίσεις ή πραγματικές καταστάσεις. Έχει κοινωνικό χαρακτήρα και συμπίπτει με το συμφέρον όλων των μελών της κρατικής κοινωνίας (Πρεβεδούρου Ε., 2020).

Είναι γεγονός, ότι τα μεταδοτικά νοσήματα μπορούν εκτός από το άτομο που έχει προσβληθεί, να μεταδοθούν πολύ εύκολα και γρήγορα και σε άλλα πρόσωπα. Επομένως, οι αποφάσεις του ασθενούς εδώ, δεν επηρεάζουν μόνο τον ίδιο αλλά και το κοινωνικό

σύνολο.

Το δικαιολογημένο συμφέρον της προστασίας της υγείας των άλλων αποτελεί βάση για την επιβολή περιορισμών στη συνολική αυτονομία των πασχόντων, κυρίως στην ελευθερία της κίνησης και στις κοινωνικές συναναστροφές. Σίγουρα όμως θα πρέπει να τηρούνται συγκεκριμένα όρια, όπως:

- Να περιορίζεται η προσωπική ελευθερία των πασχόντων και να μην αναιρείται. Τα υπόλοιπα ατομικά δικαιώματα όμως, θα πρέπει να συνεχίζουν να προστατεύονται. Δηλαδή, δεν μπορούν να αποφασίζονται επιπλέον μέτρα πέραν της βούλησης του ασθενή.
- Οι περιορισμοί θα πρέπει να στηρίζονται στην αρχή της αναλογικότητας, δηλαδή έχουν συγκεκριμένη έκταση, ανάλογα με την προστασία του κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας, στο άρθρο 25 του Συντάγματος *«Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας»* (αρ.25, Σύνταγμα της Ελλάδος).
- Οι περιορισμοί στα ατομικά δικαιώματα, για την προστασία της δημόσιας υγείας θα πρέπει να ορίζονται πάντα με νόμο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, πριν επιβληθούν τα περιοριστικά μέτρα, θα πρέπει να εξαντλούνται τα ηπιότερα μέσα, ώστε να διασφαλιστεί η ελάχιστη παραβίαση των ατομικών δικαιωμάτων.

Εν συνεχεία, ο περιορισμός της αυτονομίας του πάσχοντος από λοιμώδες νόσημα πραγματώνεται με την επιβολή μέτρων υποχρεωτικού χαρακτήρα αναφορικά με την είσοδο και διακίνηση του ασθενούς στη χώρα. Για την προστασία της δημόσιας υγείας, μπορούν να επιβληθούν περιορισμοί στην αυτονομία των πασχόντων, κυρίως στην ελευθερία κίνησης και τις κοινωνικές συναναστροφές τους. Όμως, δεν είναι δυνατόν να ισχύουν τα παραπάνω για όλα τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα. Επιβάλλεται να γίνει διάκριση μεταξύ των νοσημάτων, ανάλογα με τη σοβαρότητά τους και την ταχύτητα της μετάδοσής τους. Συνεπώς, ήπια νοσήματα δεν δικαιολογούν την επιβολή αυστηρών περιορισμών της

αυτονομίας των πασχόντων, αλλά και ούτε και σοβαρότερα νοσήματα που μεταδίδονται με μεγάλη δυσκολία. Σύμφωνα με το άρθρο 5, παρ.3 του Συντάγματος, «Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης και μόνο για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει» (αρ.5, παρ.3, Σύνταγμα της Ελλάδος). Σύμφωνα, με τον παραπάνω νόμο, επιτρέπεται ο περιορισμός της κίνησης και εγκατάστασης στην ελληνική επικράτεια. Με λίγα λόγια, επιτρέπεται ο περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας των πολιτών, όμως απαγορεύεται ο νόμος να θεσπίζει αυτούς τους περιορισμούς με τη μορφή ατομικών διοικητικών μέτρων. Ο νομοθέτης δηλαδή θα πρέπει να ορίσει αρμόδια διοικητικά όργανα για την εκτέλεση και έλεγχο των περιοριστικών μέτρων.

Η διάταξη της παρ.1 του άρθρου 20, του ν. 3172/2003, αποβλέπει στη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας. Συγκεκριμένα «σε περιπτώσεις εμφάνισης κινδύνου διάδοσης μεταδοτικού νοσήματος, η οποία ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, μπορεί να επιβάλλονται μέτρα στην είσοδο και τη διακίνηση προσώπων στη χώρα, με σκοπό τη διάγνωση και την αποτροπή της διάδοσης της νόσου» (αρ.20, παρ.1, ν.3172/2003). Σύμφωνα με την παράγραφο 2 του συγκεκριμένου άρθρου, τα μέτρα συνίστανται:

1. Στην υποχρεωτική υποβολή σε κλινικό και εργαστηριακό ιατρικό έλεγχο, παρακολούθηση, εμβολιασμό, φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεία προσώπων, για τα οποία υπάρχουν υπόνοιες ότι μπορούν να μεταδώσουν άμεσα ή έμμεσα τη νόσο.
2. Στον προσωρινό περιορισμό των ίδιων προσώπων υπό συνθήκες που αποτρέπουν τη συνάφεια με τρίτα πρόσωπα, από την οποία θα μπορούσε να προέλθει μετάδοση της νόσου, ιδίως ο περιορισμός σε κατάλληλο χώρο θεραπευτικού καταστήματος ή κατ' οίκον και
3. Στην προσωρινή απαγόρευση της λειτουργίας θεάτρων, κινηματογράφων, καταστημάτων, χώρων αθλητικών και καλλιτεχνικών εκδηλώσεων και γενικά χώρων συνάθροισης κοινού.

Δεν οδηγούν λοιπόν, όλες οι μεταδοτικές ασθένειες στους ίδιους περιορισμούς. Επιβάλλεται να γίνονται διακρίσεις ανάμεσα στα ήπια και σοβαρά νοσήματα. Τα ήπια νοσήματα, δεν δικαιολογούν αυστηρούς περιορισμούς, όπως τα σοβαρά νοσήματα.

Η εφαρμογή των παραπάνω περιοριστικών μέτρων, σύμφωνα με τη διάταξη της παρ.3, του ίδιου άρθρου, γίνεται από υγειονομικό ή ιατρικό προσωπικό, σε ειδικούς χώρους

και τα μέτρα επιβάλλονται στο μέτρο που είναι απολύτως αναγκαίο για την αποτροπή διάδοσης της νόσου. Επίσης, σύμφωνα με την παρ. 4, οι αρμόδιοι μπορούν να ζητούν και τη συνδρομή των αρμόδιων αρχών, σε περιπτώσεις που κάποιοι αντιστέκονται ή διαταράσσουν την τάξη προκειμένου να εφαρμόσουν τα μέτρα. Συγκεκριμένα «*Τα αρμόδια για την επιβολή των μέτρων του παρόντος άρθρου όργανα μπορούν να ζητούν τη συνδρομή των αρμόδιων αρχών σε κάθε περίπτωση αντίστασης ή διατάραξης της τάξης από εκείνον που υποχρεούται να ανεχθεί τη λήψη του μέτρου*» (αρ.4, παρ.4, ν.3172/2003).

Να τονίσουμε ότι η εφαρμογή των μέτρων διατάσσεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, κάθε φορά που η εφαρμογή τους κρίνεται αναγκαία για την αποτροπή κινδύνων της Δημόσιας Υγείας, το οποίο καθορίζει και τη διάρκεια ισχύος των μέτρων. Αξιοσημείωτο είναι ότι, κάθε πολίτης που δεν συμφωνεί με τα μέτρα που επιβάλλονται, έχει το δικαίωμα να εκφράσει τις αντιρρήσεις του ενώπιον του Προέδρου του Διοικητικού Πρωτοδικείου της περιφέρειας. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης, παραβίασης ή παράβασης των μέτρων του άρθρου 20, επιβάλλεται ποινή φυλάκισης έως δύο έτη, εκτός αν η πράξη τιμωρείται βαρύτερα με άλλη διάταξη (ν. 3172/2003 , άρθρο 20, παρ.7,8).

#### **4.6 Η Υγειονομική Διάταξη 39<sup>α</sup>/2012 για τον περιορισμό της διάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων**

Σύμφωνα με την Υγειονομική Διάταξη 39<sup>α</sup>/2012 (του υπ.αρ.φύλλου 1002 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως), αναφέρονται τα νοσήματα που μπορούν να προκαλέσουν κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία, ο τρόπος ελέγχου αυτών, για ποια από αυτά δύναται η δυνατότητα υποχρεωτικής εξέτασης, νοσηλείας και θεραπευτικής αγωγής.

Η Υγειονομική αυτή Διάταξη κατακρίθηκε έντονα, γιατί θεωρήθηκε ότι έχει ρατσιστικό χαρακτήρα και αντιδεολογικό περιεχόμενο. Υποστηρίχτηκε ότι περιορίζει κάποια από τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών και επίσης θεωρήθηκε ότι στιγματίζονταν οι τοξικομανείς, οι μετανάστες και τα εκδιδόμενα άτομα.

Η αντίδραση αυτή έγινε εντονότερη όταν, το Μάιο του 2012, 27 αδύναμες και ταλαιπωρημένες οροθετικές χρήστριες ναρκωτικών ουσιών, συνελήφθησαν και υποχρεώθηκαν σε εξαναγκαστική εξέταση για τον ιό HIV. Παράλληλα παραδόθηκαν στην αστυνομία ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, ενώ δημοσιεύθηκαν οι φωτογραφίες και τα

ονόματα των γυναικών, με το δήθεν πρόσχημα προστασίας της δημόσιας υγείας. Η όλη διαδικασία θεωρήθηκε εξευτελιστική και στοχοποιούσε τις ευάλωτες ομάδες. Την περίοδο εκείνη, οι ελληνικές αρχές κατηγορήθηκαν από Διεθνείς Οργανώσεις για παραβίαση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, εξαιτίας των εξαναγκαστικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν, την παράνομη σύλληψη και κράτηση των ατόμων αυτών κ.α..

Πιο συγκεκριμένα, η Υπουργική Απόφαση αφήνει ένα περιθώριο διεξαγωγής εξετάσεων, ανεξάρτητα από τη συναίνεση του εξεταζόμενου, ενώ πολλά από τα νοσήματα που καλύπτουν οι έλεγχοι (HIV, HBV, HCV κ.α.), έχουν μικρή πιθανότητα μετάδοσης. Επιπλέον, δε διευκρινίζεται ο χώρος της εξέτασης, καθώς δεν μπορεί να είναι το αστυνομικό τμήμα, αλλά ένας καλά εξοπλισμένος ιατρικός χώρος.

Διαφαίνεται λοιπόν ότι δύο βασικά έννομα αγαθά έρχονται σε σύγκρουση, αυτό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και αυτό της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τη σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης, ένα από τα ηθικά και νομικά ζητήματα στο χώρο της δημόσιας πολιτικής υγείας που συνδέεται με τον ιό HIV, είναι η επιβολή περιοριστικών μέτρων. Στην περίπτωσή μας όμως, η επιβολή υποχρεωτικού ελέγχου χαρακτηρίζεται ανήθικη, αναποτελεσματική, παρεμβατική, περιττή και εμπειρεύουσα διάκριση. Παραβιάζεται με λίγα λόγια, η αρχή της αυτονομίας, της σωματικής ακεραιότητας και της αναλογικότητας και ενδέχεται να έχει αρνητικές ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές στο άτομο (Κλουκινιώτη Ε., 2015).

Η συγκεκριμένη Υπουργική Διάταξη χαρακτηρίζεται από πολλές ασάφειες. Όσον αφορά την περίπτωση της HIV νόσου, αναφέρεται μόνο στα άτομα δύο συγκεκριμένων κατηγοριών, τους τοξικομανείς και τα εκδιδόμενα πρόσωπα. Δεν προσδιορίζεται όμως ο τρόπος και η διαδικασία των ελέγχων, ούτε καθορίζεται αν θα είναι εξαναγκαστικός, όπως εφαρμόστηκε.

Τέλος, σύμφωνα με εκθέσεις του ΚΕΕΛΠΝΟ, η διάδοση συγκεκριμένα της νόσου HIV, παρατηρείται μόνο σε άτομα που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι μετανάστες, που σύμφωνα με την συγκεκριμένη Υπουργική Διάταξη πρέπει να ελέγχονται στις πύλες εισόδου, μάλλον δεν αποτελούν τόσο μεγάλο κίνδυνο. Το πιθανότερο είναι να φτάνουν στην Ελλάδα υγιείς και εξαιτίας των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής να νοσούν εδώ. Γι' αυτό, δεν είναι ορθό να κατηγορούνται συγκεκριμένες ομάδες ως επικίνδυνες για τη δημόσια υγεία. Με τον τρόπο αυτό κλονίζονται οι σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και του συστήματος υγείας. Επίσης, οδηγεί τις συγκεκριμένες ομάδες στην απομόνωση και στον κοινωνικό στιγματισμό και τους οδηγεί

σταδιακά στην απομάκρυνσή τους από την προσφυγή τους στις υπηρεσίες υγείας, με κόστος την ατομική τους υγεία, εξαιτίας του φόβου και της δυσαρέσκείας τους .

#### **4.7 Υποχρεωτικός εμβολιασμός και περιορισμός της αυτονομίας**

Εξετάζοντας το θέμα της δημόσιας υγείας και της αυτονομίας στην περίπτωση λοιμωδών νοσημάτων και τη σύγκρουση που πολλές φορές μπορεί να υπάρχει ανάμεσά τους, θα πρέπει να αναφερθούμε και στον υποχρεωτικό εμβολιασμό, λόγω της αλληλεξάρτησής του με την έννοια της δημόσιας υγείας.

Ο εμβολιασμός αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα πιο αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα σοβαρών και θανατηφόρων μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων. Στις μέρες μας, λοιμώδη νοσήματα όπως η πανώλη, ο τύφος και η ευλογιά, έχουν σχεδόν εξαφανιστεί στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Τα τελευταία χρόνια όμως, λόγω του αντιεμβολιαστικού κινήματος παρατηρείται μια αύξηση των κρουσμάτων λοιμωδών ασθενειών ή οποία έχει αρνητικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «εμβολιασμός» είναι η ενδοκυτταρική ή υποδόρια έγχυση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος, που περιέχει νεκρούς ή εξασθενημένους μικροοργανισμούς ή τμήματα αυτών, με σκοπό την κινητοποίηση των μηχανισμών ανοσοποίησης των οργανισμών, προκειμένου να αποκτήσει ανοσία στην ασθένεια που προκαλούν οι συγκεκριμένοι μικροοργανισμοί. Όσο περισσότερες ομοιότητες έχει το εμβόλιο με τον παθογόνο παράγοντα, τόσο αποτελεσματικό θεωρείται πως είναι.

Όσο αφορά τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα, θα πρέπει να αναφέρουμε πως για χάρη τους αναπτύχθηκαν αρκετά εμβόλια, για όλες σχεδόν τις επιδημίες που μαστίζαν την ανθρωπότητα. Αρχικά, το εμβόλιο κατά της λύσσας, το 1950 από τον Louis Pasteur. Το εμβόλιο κατά της πανώλης, το 1897, από τον Woldemar και τα εμβόλια κατά της χολέρας από τον Chamberland. Το εμβόλιο για τον τυφοειδή πυρετό από τον Almroth Edsard Wright, το 1896, το εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας το 1913 και το εμβόλιο της φυματίωσης το 1921 (Περσιάνης Ν., 2011).

Τα εμβόλια που στοχεύουν στην πρόληψη έχουν μεγάλη χρησιμότητα και σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού επιβάλλεται να γίνονται στις ευπαθείς ομάδες, τους επαγγελματίες υγείας και τα παιδιά. Βασικά νοσήματα που προστατεύονται από τους

εμβολιασμούς είναι η ηπατίτιδα, η μηνιγγίτιδα, η φυματίωση, η πνευμονιοκοκκική νόσος, η ιλαρά, η ερυθρά, η παρωτίτιδα, η εποχική γρίπη και στις μέρες μας και ο Covid-19.

Στην Ελλάδα, με βάση την τελευταία εγκύκλιο για την εγγραφή των μαθητών στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού κρίνεται απαραίτητη η προσκόμιση του Ατομικού Βιβλιαρίου Υγείας, που να αναφέρει ότι έχουν πραγματοποιηθεί όλα τα εμβόλια με βάση το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Στην περίπτωση αυτή, υπεύθυνος θεωρείται ο γονέας, διαφορετικά σύμφωνα με το άρθρο 330 του Αστικού Κώδικα, δείχνει αμέλεια και μπορεί να κατηγορηθεί για κακή άσκηση της γονικής μέριμνας. Γι' αυτό μπορεί να κατηγορηθεί, σύμφωνα με το άρθρο 1532 του Αστικού Κώδικα, με αφαίρεση της γονικής μέριμνας. Παρατηρείται όμως, ότι η υποχρεωτικότητα της διάταξης τίθεται υπό αμφισβήτηση, γιατί πολλά παιδιά αν και δεν έχουν συμπληρώσει τον απαιτούμενο εμβολιασμό και υπάρχει η πιθανότητα διάδοσης μολυσματικών νοσημάτων, εγγράφονται κανονικά στο σχολείο.

Επιπρόσθετα, σε περιόδους επιδημιών, προκειμένου να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία, δύναται να προβλεφτεί υποχρεωτικός ο εμβολιασμός. Το ερώτημα όμως που γεννάται εδώ, είναι εάν η άρνηση του εμβολιασμού, έπειτα από μη συναίνεση του ατόμου, συνιστά παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και παραβίαση της αρχής της αυτονομίας.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, η σύμβαση του Oniedo, αλλά και το Ελληνικό Σύνταγμα, ορίζουν με σαφήνεια ότι ο ασθενής δεν είναι υποχρεωμένος να συναινέσει σε μια ιατρική πράξη, ακόμη και αν είναι προς όφελος της υγείας του, διαφορετικά παραβιάζεται το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και του σεβασμού της προσωπικότητάς του. Στην πράξη όμως, η άρνηση του υποχρεωτικού εμβολιασμού θέτει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία και το δημόσιο συμφέρον.

Στο άρθρο 33, του ν. 2676/1999, αναφέρεται ότι ο χαρακτήρας της προληπτικής ιατρικής είναι υποχρεωτικός και έχει ως στόχο τη διάγνωση και τη λήψη προληπτικών μέτρων, για την αποτροπή ασθενειών. Συγκεκριμένα *«Στα πλαίσια της ιατρικής περίθαλψης που παρέχουν οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί αρμοδιότητας Γ.Γ.Κ.Α. και το Δημόσιο στους ασφαλισμένους και τα μέλη της οικογένειας τους καθιερώνεται η υποχρεωτική προληπτική ιατρική, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την αποτροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων» (αρ.33, ν. 2676/1999).*



*«Η προληπτική ιατρική περιλαμβάνει:*

*α. Εμβολιασμούς παιδιών και ενηλίκων, σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού για την Ελλάδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (αρ.33, ν.2676/1999).*

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 284 ΠΚ, *«Όποιος παραβιάζει τα μέτρα που έχει διατάζει ο νόμος ή η αρμόδια αρχή για να αποτραπεί η εισβολή ή η διάδοση μιας μεταδοτικής ασθένειας τιμωρείται με φυλάκιση. Αν η παραβίαση αυτή είχε ως συνέπεια να μεταδοθεί η ασθένεια σε άνθρωπο, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών» (αρ.284 ΠΚ).* Τέλος, σε περίπτωση κάποιας επιδημίας ή πανδημίας όπου τίθεται υποχρεωτικός εμβολιασμός, μπορεί να παρακαμφθεί το δικαίωμα του καθενός στη συναίνεση, σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ.3 του ΚΙΔ.

Οι εμβολιασμοί σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, διενεργούνται με βάση τη συναίνεση, ύστερα από ενημέρωση των πολιτών. Η Πολιτεία, έχει καθήκον για την ορθή πληροφόρηση των πολιτών και ιδίως αυτών που μπορεί να είναι «κυκλωμένοι» από φόβο, ανασφάλεια και δυσπιστία. Σε «επείγουσες καταστάσεις», η Επιτροπή θεωρεί ότι δεν μπορεί να αποκλεισθεί ακόμη και ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, ιδιαίτερα σε πρόσωπα που εξαιτίας της εργασίας τους, αποτελούν φορείς μετάδοσης ασθενειών.

Στην απάντηση λοιπόν, αν ο υποχρεωτικός εμβολιασμός παραβιάζει την αρχή της αυτονομίας για την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας, δεν υπάρχει ξεκάθαρη απάντηση. Από τη μια πλευρά, ο κάθε πολίτης μπορεί να αποφασίζει βάσει της αρχής της αυτονομίας αν θα υποβληθεί ή όχι σε εμβολιασμό, εφόσον η υγεία του θεωρείται προσωπική υπόθεση. Από την άλλη πλευρά, από τη στιγμή που ο εμβολιασμός που συνιστάται ιδιαίτερα για τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα κρίνεται υποχρεωτικός, η αρχή της αυτονομίας θα υποχωρήσει της προστασίας της δημόσιας υγείας;

#### **4.7.1 Περιπτώσεις υποχρεωτικού εμβολιασμού στην Ελλάδα**

Όπως προαναφέραμε, ο εμβολιασμός θεωρείται ίσως το αποτελεσματικότερο μέτρο απέναντι σε σοβαρά και θανατηφόρα λοιμώδη νοσήματα.

Στη διάρκεια των ετών, υπήρξαν εμβόλια, όσον αφορά τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα, που έγιναν υποχρεωτικά, για χάρη της δημόσιας υγείας.

Το 1951, με το ν. 1658/1951 κατέστη υποχρεωτικός ο εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου «ο εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας καθίσταται υποχρεωτικός:

1. Δια παν βρέφος συμπληρώσαν τους 6 μήνας της ηλικίας του και προ του τέλους των 18 μηνών.
2. Δια πάντα δι' ον ήθελε κρίνει τούτο αναγκαίον η Υγειονομική αρχή» (αρ.1, ν. 1658/1951).

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 3, παρ. 2 του ίδιου νόμου «Καθίσταται υποχρεωτική η εκτέλεσις του αντιδιφθερικού εμβολιασμού εκ μέρους παντός ιατρού νομίμως εξασκούντος εν τω Κράτει και διατασσομένου του Υπουργείου Υγιεινής» (αρ.3, παρ. 2, ν.1658/1951). Επιπλέον, στο άρθρο 8, προβλέπονταν ποινικές κυρώσεις και χρηματικά πρόστιμα στους γονείς που θα αμελούσαν τον εμβολιασμό των παιδιών τους.

Επιπλέον με το ν. 4053/1960 , κατέστη υποχρεωτικός ο εμβολιασμός κατά της φυματίωσης. Συγκεκριμένα «Υπόκεινται εις υποχρεωτικόν εμβολιασμόν δι' αντιφυματικού εμβολίου άτομα μέχρις ηλικίας 25 ετών, περιλαμβανομένα εις τας κάτωθι κατηγορίας, εφ' όσον ήθελον εμφανίσει αρνητικός φυματιοαντιδράσεις » (ν.4053/1960).

Επιπλέον, μια περίπτωση υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού θεωρείται και ο παιδικός εμβολιασμός, όπου για την εγγραφή των μαθητών στο Νηπιαγωγείο και το Δημοτικό Σχολείο απαιτείται, σύμφωνα με το άρθρο 7 του Π.Δ 200/1998 και 201/98, «Επίδειξη του βιβλιαρίου ή προσκόμιση άλλου στοιχείου, στο οποίο φαίνεται ότι έγιναν τα προβλεπόμενα εμβόλια και η οδοντολογική εξέταση» (αρ.7, ΠΚ).

Τέλος, ένα παράδειγμα έμμεσης υποχρεωτικότητας εμβολιασμού κατά του κορονοϊού το 2021 είναι η λήψη μέτρων απομάκρυνσης του ανεμβολίαστου υγειονομικού προσωπικού. Ο κορονοϊός συνεχίζει να εξαπλώνεται, να απειλεί τη δημόσια υγεία και να σκοτώνει καθημερινά χιλιάδες ανθρώπους. Προφανώς δεν είναι το εμβόλιο κατά του ιού που προκαλεί την ασθένεια για άτομα κυρίως άνω των 60 ετών. Βέβαια, και στις μικρότερες ηλικίες μέσω των πιστοποιητικών εμβολιασμού και τον αποκλεισμό των ανεμβολίαστων από καθημερινές δραστηριότητες, το εμβόλιο λειτουργεί ως μια σχεδόν υποχρεωτική διαδικασία.

#### 4.7.2 Το αντί-εμβολιαστικό κίνημα

Η επιφυλακτικότητα έναντι των εμβολίων, οι αντιδράσεις και η δυσπιστία έναντι των εμβολίων αποτελεί μακροχρόνιο φαινόμενο. Από την εποχή του πρώτου κιάλας εμβολίου κατά της ευλογιάς, πριν δηλαδή από 250 χρόνια, υπήρξαν αντιδράσεις και φόβοι. Την εποχή εκείνη, ο εμβολιασμός γινόταν με τον ιό της δαμαλίτιδος που προερχόταν από τις αγελάδες. Έτσι πολλοί πίστευαν ότι όσοι εμβολιάζονταν θα αποκτήσουν χαρακτηριστικά αγελάδων.

Παρ' όλο λοιπόν που ο εμβολιασμός έχει εξαλείψει πολλές θανατηφόρες ασθένειες, την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού και ιδιαίτερα των παιδιών. Η ελλιπής ενημέρωση, είτε από τους ιατρούς είτε από το διαδίκτυο, σε συνδυασμό με την άγνοια και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, τους οδηγούν να γίνονται αποδέκτες του αντιεμβολιαστικού κινήματος. Αυτό όμως, με την πάροδο των ετών, θα έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση λοιμωδών νοσημάτων.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα, οι άνθρωποι δεν βλέπουν άμεσα τον κίνδυνο του θανάτου και τις επιπλοκές από τα λοιμώδη νοσήματα. Γι' αυτό εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους για τα εμβόλια, την ιδέα ότι θα αποκτήσουν προβλήματα υγείας από τον εμβολιασμό όπως, αυτισμό ή ακόμη και θάνατο σε βάθος χρόνου. Έτσι αρνούνται να εμβολιαστούν. Θεωρούν επίσης, ότι οι εμβολιασμοί γίνονται καθαρά για τη μείωση του πληθυσμού και για την κερδοφορία των μεγάλων φαρμακευτικών εταιριών.

Επιπλέον, ένα από τα ισχυρότερα επιχειρήματα της μη αποδοχής, ακόμη και των υποχρεωτικών εμβολιασμών, είναι οι θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις. Αρκετές φορές οι θρησκευτικές αντιλήψεις έρχονται σε σύγκρουση με την προτεινόμενη αγωγή.

Η πλειοψηφία των αντί-εμβολιαστικών πεποιθήσεων με θρησκευτικό υπόβαθρο ανήκουν στις εξής κατηγορίες:

- Αντιρρήσεις λόγω παραβίασης κανόνων σε σχέση με απαγορεύσεις αφαίρεσης ζωής.
- Αντιρρήσεις λόγω παραβίασης κανόνων που αφορούν την επιτρεπόμενη διατροφή.
- Αντιρρήσεις λόγω παραβίασης κανόνων λόγω παρεμβατισμού στη φυσική νομοτέλεια (Φράγκου Α., 2016).

Ο όρος «αντί-εμβολιαστικό κίνημα» τείνει να αντικατασταθεί από τον όρο «δισταγμός για τα εμβόλια». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο δισταγμός

αυτός επηρεάζεται από τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς έλλειψης εμπιστοσύνης για την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των εμβολίων και την πεποίθηση ότι τα εμβόλια δεν είναι απαραίτητα.

Κάποιες θεωρίες που επικρατούν στο αντί-εμβολιαστικό κίνημα είναι οι παρακάτω, στις οποίες δίνονται και οι αντίστοιχες απαντήσεις:

- *Τα λοιμώδη νοσήματα, υποχωρούν λόγω βελτίωσης των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών και των μέτρων υγιεινής και όχι λόγω της συστηματικής εφαρμογής των εμβολιασμών.*

Η αλήθεια είναι ότι λόγω της βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής μειώθηκε σημαντικά η εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων, όμως πάντα σε συνδυασμό με τη συστηματική χορήγηση των εμβολίων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιου Οργανισμό Υγείας, την περίοδο 2010-2015, έχουν αποτραπεί τουλάχιστον 10.000.000 θάνατοι από τον εμβολιασμό.

- *Τα νοσήματα που προλαμβάνονται με τα εμβόλια έχουν εκλείψει και δεν υπάρχει η ανάγκη για περαιτέρω συνέχιση των εμβολιασμών.*

Όμως τα παθογόνα που προκαλούν τις λοιμώξεις και προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό δεν έχουν εξαφανιστεί. Για να μειωθεί η ταχύτητα εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων, η εμβολιαστική κάλυψη θα πρέπει να υπερβαίνει το 90% του πληθυσμού. Σε χώρες όπου υπάρχει χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη, τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα αρχίζουν να εμφανίζονται ξανά. Ένα πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η Ρωσία, όπου το 1990, ύστερα από δραματική μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης για τη διφθερίτιδα, οδήγησαν στην επανεμφάνιση 140.000 κρουσμάτων και 4.000 θανάτων.

- *Η φυσική νόσηση είναι προτιμότερη γιατί ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα.*

Φυσικά και η φυσική νόσηση μπορεί να δημιουργεί μεγαλύτερη ανοσία, όμως δεν μπορεί να εμποδίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις επιπλοκές από νοσήματα που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί με τον εμβολιασμό.

- *Τα μη εμβολιασμένα παιδιά προστατεύονται μέσω του εμβολιασμού των υπολοίπων.*

Σε περίπτωση όμως νόσησης από κάποιο λοιμώδες νόσημα, είναι εκτεθειμένα στις επιπλοκές που μπορεί να δημιουργήσει στον οργανισμό του η συγκεκριμένη νόσος. Με τον εμβολιασμό αποφεύγουμε τις επιπλοκές και όχι τη νόσηση.

- *Τα πολλά εμβόλια που χορηγούνται ταυτόχρονα στα βρέφη καταπονούν το ανοσοποιητικό τους.*

Είναι πλέον αποδεδειγμένο, πως τα εμβόλια είναι καλά μελετημένα και ασφαλή και δεν καταπονούν το ανοσοποιητικό των βρεφών, καθώς περιέχουν ελάχιστα αντιγόνα.

- *Τα εμβόλια μπορούν να προκαλέσουν νόσο, αντί να προστατεύσουν από αυτή.*

Αυτό σε καμιά περίπτωση δεν ισχύει, καθώς τα εμβόλια περιέχουν αδρανοποιημένους μικροοργανισμούς. Για τα εμβόλια που περιέχουν ζωντανούς μικροοργανισμούς, το μόνο που μπορούν να προκαλέσουν είναι συμπτώματα παρόμοια της νόσου.

- *Τα εμβόλια έχουν σοβαρές παρενέργειες.*

Η μόνη σοβαρή παρενέργεια που μπορεί να έχουν, είναι η αλλεργική αντίδραση. Για το λόγο αυτό πριν από κάθε εμβολιασμό γίνεται από τον ιατρό η λήψη του ιστορικού του ασθενή. Εξάλλου, όλα τα φάρμακα έχουν παρενέργειες. Πέραν όμως από τις ανωτέρω παρενέργειες, οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές από τη φυσική νόσηση είναι πολύ πιο πιθανοί από αυτές που τυχόν να προκύψουν από τον εμβολιασμό.

- *Εκφράζουν την απορία τους για τον αν τα εμβόλια ελέγχονται επαρκώς πριν την κυκλοφορία τους.*

Για να κυκλοφορήσει ένα εμβόλιο, περνάει από τα στάδια ελέγχου, των πειραμάτων και της τελικής έγκρισης. Ακόμη και μετά την κυκλοφορία του, ελέγχονται και

καταγράφονται συστηματικά οι ανεπιθύμητες ενέργειες και αντιδράσεις του για αρκετό καιρό.

- *Τα εμβόλια προκαλούν αυτισμό και έχουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες σοβαρές συνέπειες για την υγεία.*

Η ιστορία αυτή ξεκίνησε από τη μελέτη του Wakefield, όπου συσχέτισε το εμβόλιο της ιλαράς με τα συμπτώματα κολίτιδας και αυτισμού. Φυσικά η μελέτη του αποσύρθηκε, καθώς θεωρήθηκε αναληθή και ψευδής, ενώ ο ίδιος διώχτηκε από τον Ιατρικό Σύλλογο. Ύστερα από πολλές μελέτες για τη σύνδεση του συγκεκριμένου εμβολίου, αλλά και άλλων, με τον αυτισμό, δεν βρέθηκαν στοιχεία που να το επιβεβαιώνουν.

- *Τα εμβόλια περιέχουν πρόσθετες ουσίες, όπως υδράργυρο και αλουμίνιο, που είναι βλαβερά για τον οργανισμό.*

Είναι σίγουρο, πως για την παρασκευή και συντήρηση των εμβολίων χρησιμοποιούνται κάποιες πρόσθετες ουσίες. Ο αιθυλδράργυρος που χρησιμοποιείται στα εμβόλια είναι αβλαβής, ενώ τοξικός θεωρείται ο μεθυλδράργυρος που δεν περιέχεται στα εμβόλια. Επίσης, όσον αφορά τα άλατα αλουμινίου και έχουν κατηγορηθεί για ανεπιθύμητες ενέργειες, δεν έχει τεκμηριωθεί κάτι επιστημονικά. Εξάλλου, το αλουμίνιο βρίσκεται και στις τροφές, το νερό, ακόμη και στον αέρα που αναπνέουμε.

- *Τα εμβόλια προωθούνται με σκοπό το κέρδος των μεγάλων φαρμακοβιομηχανιών.*

Είναι φυσικό και επόμενο, οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες να έχουν τεράστιο οικονομικό όφελος από την παραγωγή των εμβολίων. Όμως, η κυκλοφορία τους γίνεται καθαρά για το ατομικό και το δημόσιο συμφέρον. Δηλαδή, για την ατομική προστασία της υγείας μας, για τη μείωση των σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων και για την πρόληψη της κοινωνίας από επερχόμενες επιδημίες (Περδικογιάννη Χ., 2012).

### **4.7.3 Η ιστορία του αντί-εμβολιαστικού κινήματος**

Το αντί-εμβολιαστικό κίνημα εμφανίστηκε εντονότερο το 1998. Καθοριστικός ήταν ο ρόλος της μελέτης του Dr. Andrew Wakefield «Heal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children», όπου δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Lancet. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, γινόταν ταύτιση του εμβολίου MMR (εμβόλιο κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς), με την κολίτιδα και τον αυτισμό. Τότε, φυσικό και επόμενο ήταν, χιλιάδες γονείς να πειστούν και να διακόψουν τον εμβολιασμό των παιδιών τους, ως άκρως επικίνδυνο για την υγεία τους.

Όμως ο Wakefield, παραποιώντας τα στοιχεία, παραβίασε τους ηθικούς κώδικες. Σύμφωνα με την μελέτη του, εξέτασε 13 παιδιά, αφού εμβολιάστηκαν με το MMR, και τα αποτελέσματα της εξέτασης συνδέονταν όπως είπαμε παραπάνω με τα ευρήματα κολίτιδας και αυτισμού. Όμως η αλήθεια ήταν ότι, πρώτον απέκρυψε το ένα παιδί σκοπίμως, και δεύτερον, τα παιδιά αυτά είχαν εκδηλώσει συμπτώματα αυτισμού πριν τον εμβολιασμό τους. Το Γενικό Συμβούλιο της Βρετανίας χαρακτήρισε τη μελέτη του ως «ανεύθυνη και ανέντιμη», που ντρόπιαζε το λειτούργημά του. Έτσι, το 2010 του αφαιρέθηκε και η ιατρική του άδεια.

Έρευνες που έγιναν αργότερα, ανέδειξαν ότι το εμβόλιο MMR δεν αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αυτισμού, ενώ η μελέτη του Wakefield χαρακτηρίστηκε ως μια «καλοστημένη απάτη» (Sathyanarayana R., Chittaranjan A., 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **5.1 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ**

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ υπογράφηκε στις 7 Φεβρουαρίου 1992, στο Μάαστριχτ, με την οποία περιλαμβάνεται για πρώτη φορά η υγεία σε Ευρωπαϊκή Συνθήκη. Η Συνθήκη θέτει τα θεμέλια για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας. Η Επιτροπή έκανε έκκληση προς τις κυβερνήσεις των κρατών-μελών να εξειδικεύσουν κοινούς στόχους και να αναπτύξουν κοινές στρατηγικές. Έτσι οργανώθηκαν Ευρωπαϊκά προγράμματα για την αντιμετώπιση του καρκίνου, του AIDS, των ναρκωτικών, καθώς και προγράμματα προαγωγής της υγείας (Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ., 2010).

Με το άρθρο 129 της Συνθήκης γίνεται αναφορά στην προστασία της δημόσιας υγείας και ιδίως στην πρόληψη και περιλαμβάνει μια ολόκληρη προσέγγιση για το πως μπορούν να κράτη- μέλη να κινηθούν, ώστε να εξασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο. Συγκεκριμένα:

*1.« Η Κοινότητα συμβάλλει στη διασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και, εάν χρειάζεται, υποστηρίζοντας τη δράση τους. Η κοινοτική δράση στοχεύει στην πρόληψη των ασθενειών, ιδίως των μεγάλων πληγών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, με την προώθηση της έρευνας σχετικά με τα αίτια και τη μετάδοσή τους, καθώς και την ενημέρωση και την εκπαίδευση για την υγεία. Οι απαιτήσεις προστασίας της υγείας αποτελούν συστατικό μέρος των άλλων πολιτικών της Κοινότητας».*

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

*3. «Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ενθαρρύνουν τη συνεργασία με τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς στον τομέα της δημόσιας υγείας» (αρ.129, Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, Αριθ. C191/1, 29.7.92)*

Με την Συνθήκη του Μάαστριχτ λοιπόν, ο τομέας της υγείας δεν θα μπορούσε να παραμείνει ανεπηρέαστος από τις μεγάλες θεσμικές αλλαγές. Διαμορφώθηκαν νέες εκπαιδευτικές πολιτικές, αναγνωρίστηκαν νέες ιατρικές ειδικότητες και τέλος,



διαμορφώθηκε ένας ενιαίος υγειονομικός χώρος ελεύθερης διακίνησης αγαθών και υπηρεσιών. Όσον αφορά την Ελλάδα, στον τομέα της υγείας, παρουσίασε εξαγωγή ασθενών αλλά και «εγκεφάλων», προσωπικοτήτων δηλαδή, που στο εξωτερικό διέπρεψαν (Υφαντόπουλος Γ., 1999).

Τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά τη δημόσια υγεία, έχει οριστεί ένα κοινό πρόγραμμα δράσης, μια κοινή στρατηγική και προληπτικά μέτρα κατά των μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων. Τέτοια μέτρα είναι η καταπολέμηση του καπνίσματος, της τοξικομανίας, θέματα αιμοδοσίας, δωρεάς οργάνων κ.τ.λ..

## **5.2 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ**

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ υπογράφηκε στις 2 Οκτωβρίου 1997, όπου ουσιαστικά αναθεωρεί τη Συνθήκη του Μάαστριχτ. Στον τομέα της δημόσιας υγείας αναδιαμορφώνει το άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ και τον αντικαθιστά με το άρθρο 152. Το συγκριμένο, επικεντρώνεται στην άσκηση πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας. Αυτή η εξέλιξη θεωρήθηκε ως η πιο σημαντική, καθώς για πρώτη φορά η ΕΕ, λαμβάνει υπόψιν της την προστασία της υγείας, στον τομέα του περιβάλλοντος, της γεωργίας, της εργασίας, της εκπαίδευσης και των μεταφορών (Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ., 2010).

Στόχοι λοιπόν της Συνθήκης του Άμστερνταμ, ήταν να δημιουργηθούν οι αναγκαίες θεσμικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που θα επιτρέπουν στην ΕΕ να αντιμετωπίσει μελλοντικές προκλήσεις, οι οποίες σχετίζονται με τη διεθνοποίηση της οικονομίας και τις επιπτώσεις της στην απασχόληση, την καταπολέμηση της τρομοκρατίας, της εγκληματικότητας, του εμπορίου ναρκωτικών και τις απειλές της δημόσιας υγείας .

## **5.3 Η Συνθήκη της Λισσαβόνας**

Η Συνθήκη της Λισσαβόνας, υπογράφηκε το 2007, και ουσιαστικά στο θέμα της δημόσιας υγείας, επαναδιατυπώθηκε το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, με μεγαλύτερη έκταση και ακρίβεια.

Σύμφωνα λοιπόν με το νέο άρθρο 168 της Συνθήκης της Λισσαβόνας, το οποίο βρίσκεται ακόμη σε ισχύ, η Ευρωπαϊκή Ένωση δεσμεύεται, ότι όλες οι πολιτικές της, οφείλουν «να εξασφαλίσουν υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Επίσης, ασχολείται με το συντονισμό δράσεων για τη δημόσια υγεία των κρατών-μελών και συμπληρωματικές δράσεις για την πρόληψη της ασθένειας και την αποτροπή πηγών κινδύνου, για τη σωματική και ψυχική υγεία του Ευρωπαίου Πολίτη (Σερέτης Σ., Σωτηρίου Σ., Παντουλάρης Ι., και συν., 2021). Επιπλέον, εντάσσει το Χάρτη για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα του ανθρώπου της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο οποίος αποκτά δεσμευτική ισχύ.

## 5.4 Η Συνθήκη της Νίκαιας

Η Συνθήκη της Νίκαιας υπογράφηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2001, ενώ τέθηκε σε ισχύ την 1 Φεβρουαρίου 2003. Η συνθήκη αυτή ουσιαστικά τροποποιεί τη Συνθήκη για την ΕΕ. Κατά τη διάρκεια των διασκέψεων για τη Συνθήκη της Νίκαιας, στις 7 Δεκεμβρίου 2000, διακηρύχτηκε ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου προστατεύει τα θεμελιώδη ατομικά, κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα.

Σύμφωνα με το Χάρτη τα Θεμελιώδη Δικαιώματα του ανθρώπου είναι η αξιοπρέπεια, η ελευθερία, η ισότητα, η αλληλεγγύη, η δικαιοσύνη και τα δικαιώματα των πολιτών.

Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, στο άρθρο 35 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων αναφέρεται ότι: «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου» (αρ.35, Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2016/C 202/02-αρ. C202/389-07.06.2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### **Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ**

#### **6.1 Γενικά**

Η ιατρική σήμερα, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την τήρηση της δεοντολογίας. Οι βασικές αρχές ηθικής δεοντολογίας που θα πρέπει να διέπουν την άσκησή της είναι η αυτονομία, η ελεύθερη συναίνεση και ο σεβασμός της ύπαρξης. Αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο πάνω στον οποίο στηρίζονται συνταγματικά και νομικά κείμενα, που στοχεύουν την διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών και τη θεμελίωση της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας (Τσουνής Α., Σαράφης Π., 2012).

Η αρχή της «αυτονομίας», αφορά το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και στον ελεύθερο αυτοκαθορισμό (Παπαδοπούλου Θ., 2015). Η προστασία της αυτονομίας του ασθενούς δεν είναι απόλυτη και μπορεί να υποχωρεί όταν πρέπει να προστατευτεί η δημόσια υγεία. Γι' αυτό σε κάθε μεγάλη απειλή της δημόσιας υγείας η βιοηθική δοκιμάζεται γιατί συνήθως, παρουσιάζεται μια κατάσταση σύγκρουσης της προσωπικής μας αυτονομίας με την προστασία των άλλων. Η αυτονομία του ασθενή εξασφαλίζει το δικαίωμά του να αποφασίζει μόνος του για τη θεραπεία που προτείνει ο θεράπων ιατρός (Κουτσούκου Α., Τριπολιτσιώτη Π., 2015). Κατοχυρώνεται στο άρθρο 12, παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), όπου «ο γιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς» (Συμεωνίδου Ε., Καστανίδου Ε., 2021). Σύμφωνα με το Σύνταγμα «περιορισμοί στην εν γένει αυτονομία του ασθενούς-ιδίως στην ελευθερία κίνησης και εγκατάστασης δικαιολογούνται μόνο αν είναι απολύτως αναγκαία για την προστασία της δημοσίας υγείας» (άρθρο 5, παρ. 4, 25 παρ.1, Σύνταγμα της Ελλάδος).

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι η ιδιωτική αυτονομία έρχεται σε σύγκρουση με τη δημόσια υγεία και κατ' επέκταση με την προστασία του δημοσίου συμφέροντος. Κάποιες ατομικές αποφάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία τρίτων προσώπων ή ακόμη περισσότερο να θέσουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία. Στις περιπτώσεις αυτές η αυτονομία του ατόμου τίθεται υπό αμφισβήτηση, ως κριτήριο για την ορθή λήψη αποφάσεων. Τα μέτρα πρόληψης της απειλής της δημόσιας υγείας που αποφασίζονται

από την πολιτεία μπορούν να περιορίσουν την αυτονομία των πολιτών και ειδικά σε περιπτώσεις πανδημίας.

## **6.2 Η Ηθική και η Δεοντολογία στην Ιατρική κατά την αρχαιότητα- Ιστορική αναδρομή**

Οι έννοιες της Ηθικής και της Δεοντολογίας έχουν διαχρονική αξία, αλλά συγχρόνως, είναι και τόσο επίκαιρες, από υγειονομικής πλευράς, στους δύσκολους καιρούς που διανύουμε.

Κατά τον Ιπποκράτη, η Ιατρική θεωρείται ως ένστικτο, αρετή, τέχνη και εμπειρία. Κάποια αξιόλογα σημεία του περίφημου Όρκου του ήταν ο σεβασμός στον ασθενή και στους οικείους του, η μη εκμετάλλευση και προσήλωσή στην αμοιβή, η μη χορήγηση βλαπτικών ουσιών, η εχεμύθεια, το ιατρικό απόρρητο, κ.α..

Κατά τον Αριστοτέλη, υπήρξαν κάποιες ρήσεις του, που αφορούσαν και την Ιατρική όπως : *«Η απόδοση στην εργασία επιτυγχάνεται από την τελειοποίηση της άσκησης», «Η φύση ορθώς πράττει, ο ιατρός θεραπεύει», «Μια κάποια απιθανότητα είναι κάποτε προτιμότερη από την πειστική πιθανότητα»* (Χριστοπούλου-Κοκκίνου Β., 2021).

Κατά το Γαληνό, επικράτησε η θεωρία της αποφυγής της λύπης. Το δίλημμα ήταν αν θα πρέπει ο ασθενής να μαθαίνει την αλήθεια. Τόνιζε την ικανότητα του ιατρού για την επιτυχία της θεραπείας, την αγάπη για εργασία και την περιφρόνηση του χρήματος.

Κατά το Μεσαίωνα, διακρίθηκε ο Αβικέννας, του οποίου τα συγγράμματα μελετούσαν πολλοί ιατροί, και ο Μαϊμανίδης, του οποίου ο Όρκος εκφωνείται από τους αποφοίτους Εβραίους της Ιατρικής ή χρησιμοποιείται για προσευχή των ιατρών.

Κατά την Αναγέννηση, διακρίθηκαν πολλές προσωπικότητες, όμως οι κατά τόπους θρησκευτικές απαγορεύσεις και οι παρεμβάσεις της Ιατρικής Εξέτασης, εμπόδιζαν την έκφραση συγκεκριμένων ιδεών για την ηθική και την δεοντολογία της Ιατρικής. Μερικές σημαντικές προσωπικότητες ήταν ο Leonardo da Vinci (στην ανατομία), ο William Harvey (στην κυκλοφορία του αίματος) και ο Montaigne, ο οποίος έπασχε σε όλη του τη ζωή, από βαριά και επώδυνη λιθίαση και δεχόταν την ιδέα της αυτοχειρίας.

Στη Βυζαντινή περίοδο, οι ιδέες της Ιατρικής προέρχονταν από τις ιδέες του Γαληνού, αλλά σαφής είναι και η επίδραση του Χριστιανισμού και της έννοιας της φιλανθρωπίας. Την εποχή εκείνη απαγορεύεται ρητά, ως ανήθικη πράξη, η έκτρωση, ενώ

η γυναίκα και οι συνεργοί της τιμωρούνται με βαριά ποινή. Εντύπωση επίσης προκαλεί η πρακτική της εγκατάλειψης ασθενών με θανατηφόρους νόσους.

Κατά το Διαφωτισμό, ο Kant, όσον αφορά την Ιατρική, υποστηρίζει ότι οι νόμοι της φύσης δεν αποφεύγονται, αλλά οι νόμοι της ηθικής τροποποιούνται. Επίσης, τον απασχολεί η εξάρτηση του ασθενούς από τον ιατρό και κατά πόσο συνυπάρχει με την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του ασθενούς. Επίσης, ένα άλλο θέμα που τον απασχολεί είναι το τέλος της ζωής, η επιθυμία του πάσχοντος να τερματίζει την ζωή του, αν είναι σε θέση ο ασθενής να δηλώσει την επιθυμία του ή αν αδυνατεί. Τέλος, είναι σύμφωνος με τη δωρεά οργάνων.

Στη σύγχρονη εποχή, υπάρχουν πολλές προσωπικότητες που ασχολούνται με την Ιατρική Ηθική και δεοντολογία. Όμως ο Edmund Pellegrino κυριαρχεί ως ο πλήρως αποδεκτός σύγχρονος φιλόσοφος της Ιατρικής. Συνδέει τη Φιλοσοφία με την Ιατρική και τονίζει την επιστήμη σε σχέση με τις ιδέες του Αριστοτέλη. Επιμένει στην «καλή σχέση» ιατρού-ασθενούς, στον «ενάρετο ιατρό» και δίνει οδηγίες για την ιατρική πράξη ως επάγγελμα (Χριστοπούλου-Κοκκίνου Β., 2021).

Σήμερα, η αναμφισβήτητη πρόοδος της Ιατρικής έχει καταστήσει την τήρηση της ηθικής και της δεοντολογίας ευάλωτη. Διλήμματα που υπάρχουν είναι:

- Πως αντιμετωπίζεται η ευθανασία;
- Πως αντιμετωπίζεται η άρνηση μετάγγισης;
- Ποιος αναλαμβάνει την ευθύνη για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης;

### **6.3 Βιοηθική και δημόσια υγεία**

Η βιοηθική αναδύεται στις αρχές του 1970 και οι επόμενες δεκαετίες μέχρι το 1990, θεωρούνται «πρώιμη» για τη βιοηθική και τη δημόσια υγεία εποχή. *«Σκοπός της τότε, είναι η διερεύνηση των συνεπειών των νέων βιοϊατρικών και βιοτεχνολογικών επιτευγμάτων για την ανθρώπινη ζωή και το φυσικό περιβάλλον»*, ενώ επικεντρώνει το ενδιαφέρον της κυρίως στην ιατρική ηθική (Aspradaki A., 2021).

Στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα μορφοποιείται ως διεπιστημονικός κλάδος, ως ανάπτυξη των προβληματισμών της ιατρικής και της περιβαλλοντικής ηθικής. Διαμορφώνει το πλαίσιο ανάπτυξης, εκτίμησης και αντιμετώπισης των εμφανιζόμενων προκλήσεων για την ανθρώπινη ζωή και το φυσικό περιβάλλον. Επίσης, ανιχνεύει τους τρόπους καθοδήγησης

της ανθρώπινης πράξης, θέτει τους όρους για τη βιοεπιστημονική έρευνα και θίγει ζητήματα προσωπικής και δημόσιας ευθύνης στις επιστήμες ζωής και τα επαγγέλματα υγείας.

Κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα, η βιοηθική κατακτά σημαντική θέση στην επιστημονική βιβλιογραφία, ενώ η ηθική στη δημόσια υγεία αναδύεται ως επιστημονικός κλάδος. Η ηθική στη δημόσια υγεία, μελετά και διατυπώνει θεωρητικές επεξεργασίες σχετικά με τον προβληματισμό που σχετίζεται με την ανθρώπινη πράξη, η οποία επηρεάζει την υγεία των πληθυσμών, σε συνδυασμό με την ανθρώπινη ζωή, την κοινωνία και το φυσικό περιβάλλον. Επίσης, εξειδικεύεται στην εφαρμογή αρχών, στην ανάλυση και επίλυση ηθικών ζητημάτων με επίκεντρο την επίτευξη κοινωνικών αγαθών για πληθυσμούς, με σεβασμό στα ατομικά του δικαιώματα. Όμως πολλές φορές, τα κοινωνικά αγαθά που διανέμονται μπορεί να μην ανταποκρίνονται στις ατομικές απαιτήσεις. Η δημόσια υγεία όμως για το λόγο αυτό θα πρέπει να ενεργεί πάντα με παράμετρο τη δικαιοσύνη.

Συμπερασματικά, η ηθική στη δημόσια υγεία, συγκροτείται από την ηθική της έρευνας, την ηθική και τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων, την ηθική της προαγωγής της υγείας και της αποτροπής της νόσου, τα ηθικά ζητήματα στην περιβαλλοντική και επαγγελματική υγεία, την πρόσβαση στην κατανομή των πόρων, τη διεθνή συνεργασία με την παγκόσμια δημόσια υγεία και την ευάλωτη κατάσταση των περιθωριοποιημένων πληθυσμών (Aspradaki A., 2021).

## **6.4 Οι βασικές αρχές της βιοηθικής στην ιατρική**

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, όπου η τεχνολογία και η επιστήμη αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς, η βιοηθική έκανε εντονότερη την εμφάνισή της. Σημαντικό έναυσμα για την ανάδειξή της υπήρξε η δημόσια αντίδραση σε πολλά ιατρικά πειράματα και νοσοκομειακά σκάνδαλα, που προκάλεσαν αναταράξεις στις κοινωνίες και έγιναν αφορμή για την πρόκληση της ηθικής ευαισθησίας.

Η βιοηθική δεν είναι μια νέα επιστήμη ή μια νέα ηθική. Προκύπτει από το πάντρεμα, αλλά και από την αντιπαράθεση των βιοϊατρικών τεχνοεπιστημών με τις επιστήμες του ανθρώπου, όπως η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η πολιτική επιστήμη, η ηθική, το δίκαιο και η θεολογία (Δραγώνα-Μονάχου Μ., 2002).

Η βιοηθική είναι μια αόρατη και πολυσήμαντη δραστηριότητα. Είναι «η επιστήμη για την επιβίωση», σύμφωνα με τον καρκιнологό Van Rensselaer Potter, ο οποίος πρώτος έπλασε τον όρο της, το 1970. Η λέξη προέρχεται από το συνθετικό bio-ethics, που σημαίνει βιολογική γνώση και ανθρώπινες αξίες. Ο ορισμός της βιοηθικής πηγάζει από τις λέξεις «βίος» και «ηθική». Ο Potter προχώρησε σε αυτό τον ορισμό που στόχο είχε την προσαρμογή της ανθρώπινης γνώσης και την ενσωμάτωση οικολογικών εννοιών και των αρχών της ιατρικής και γενικά σε θέματα υγείας. Προσπαθούσε δηλαδή να βρει μια έννοια, που να εξισορροπεί τον επιστημονικό προσανατολισμό της ιατρικής με τις ανθρώπινες αξίες.

Ένας άλλος ορισμός της είναι αυτός του Hottois ότι *«βιοηθική είναι ένα σύνολο ερευνών, λόγων, πρακτικών διεπιστημονικών που έχει ως αντικείμενο να διαφωνήσει ή να επιλύσει ερωτήσεις ηθικού ενδιαφέροντος, οι οποίες ανακύπτουν από την πρόοδο και την εφαρμογή των βιοϊατρικών τεχνολογιών»* (Μητροσύλη Μ., 2020).

Η βιοηθική είναι ένας διεπιστημονικός τομέας που συνεργάζεται με τη Βιολογία, την Ιατρική, τη Φιλοσοφία, τη Νομική, τη Θεολογία, την Κοινωνιολογία και την Ιστορία.

Η βιοηθική υπήρχε πάντοτε. Ακόμη και στην εποχή του Ιπποκράτη και του Γαληνού και ιδιαίτερα στον περίφημο Όρκο του Ιπποκράτη, μπορούμε να εντοπίσουμε κάποιες παραμέτρους ηθικής, μέσα στις οποίες θα πρέπει να γίνεται η παροχή ιατρικής φροντίδας (Barakos N., 2021). Αρχικά, η ιατρική ενδιαφερόταν για θέματα που απασχολούσαν τη σχέση ασθενούς-ιατρού. Ο ιατρός, ακολουθώντας τον Ιπποκρατικό Όρκο, καλείται να στηρίζει τους ασθενείς μέσω της γνώσης του, να τους θεραπεύσει με κύριο στόχο την διαφύλαξη της ζωής τους. Επιπλέον, είναι επιβεβλημένη η διατήρηση των εμπιστευτικών πληροφοριών. Και ο Γαληνός επίσης, αναφερόμενος στον ιατρό τονίζει την σημασία της γνώσης του και την απομάκρυνσή του από οποιαδήποτε υλικά αγαθά.

Με την πάροδο των χρόνων, οι επιστημονικές εξελίξεις και τα θετικά αποτελέσματα, όχι μόνο βελτίωσαν την ποιότητας ζωής των ανθρώπων, αλλά έσωσαν και πολλές ζωές. Όμως στην πορεία αυτή τέθηκαν διάφορα ζητήματα, όπως για παράδειγμα θέματα ιατρικής περίθαλψης σχετικά με τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών. Τα ερωτήματα που γεννήθηκαν ήταν αρκετά, όπως για παράδειγμα σε ποιο βαθμό η Πολιτεία μπορεί να παρεμβαίνει; Μπορεί να παρέχεται και δημόσια περίθαλψη; Άλλο ένα θέμα συζήτησης της βιοηθικής είναι η ανθρώπινη ζωή. Ένα ερώτημα που γεννάται εδώ είναι, αν πρέπει να είναι επιθυμητή η χρήση μηχανημάτων, σε περιπτώσεις όπου η διατήρηση της ζωής εξαρτάται μόνο από αυτά. Άλλα διλήματα που σχετίζονται με την

ιατρική ηθική έχουν να κάνουν με την επιμήκυνση της ζωής ή ιατρικές πράξεις, όπως η μεταμόσχευση οργάνων και η διακοπή κύησης. Κατά πόσο οι πράξεις αυτές είναι ηθικές ή όχι;

Συμπερασματικά λοιπόν, η βιοηθική μπορεί να φέρει τα άτομα πιο κοντά σε συγκεκριμένες τοποθετήσεις. Ως άτομα, έχουμε την ανάγκη της ηθικής, όταν υπάρχει ένα ηθικό δίλημμα. Η ηθική μπορεί να «φωτίσει» θέματα όπου η απάντηση δεν είναι και τόσο αυτονόητη.

Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι αρχές που διέπουν τη βιοηθική είναι:

- **Η αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης.**

Σύμφωνα με την αρχή αυτή, κάθε άνθρωπος, θα πρέπει να σκέπτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί, με απόλυτη ελευθερία και ανεξαρτησία, χωρίς την ύπαρξη οποιασδήποτε μορφής εξαναγκασμού. Οποιαδήποτε επιλογή του, θα πρέπει να είναι σεβαστή και κυρίως ότι αφορά την υγεία και τη ζωή του. Οι κανόνες που εμπεριέχονται στην αρχή της αυτονομίας είναι: α) Η διατύπωση της αλήθειας, β) Ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του ατόμου γ) Η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, δ) Η συγκατάθεση για κάθε παρέμβαση σε θέματα υγείας και κυρίως σε ιατρικές πράξεις και στ) Όταν ζητηθεί, να παρέχεται βοήθεια για τη λήψη σοβαρών αποφάσεων (Κατσιμίγκας Γ., Βασιλοπούλου Γ., 2010).

- **Η αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας.**

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη αρχή, όσον αφορά τις ιατρικές παρεμβάσεις, το άτομο όχι μόνο δεν πρέπει να βλάπτεται, αλλά πρέπει να ωφελείται. Εξάλλου ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που διατύπωσε το περίφημο «ωφελείν ή μη βλάπτειν» (Λέων Γ., Μποζίκη Ο., Σηλιοπούλου Χ., 2011).

- **Η αρχή της δικαιοσύνης.**

Η αρχή αυτή πηγάζει από τον Όρκο του Ιπποκράτη. Βασική υποχρέωση του ιατρού θεωρείται η προστασία της υγείας τους ασθενούς, ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και την οικονομική του κατάσταση. Δηλαδή χωρίς καμιά διάκριση.

- **Η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης ή πόνου.**

Σύμφωνα με την αρχή αυτή, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να προστατεύσει τη ζωή του ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μην προκαλέσει βλάβη ή πόνο.

- **Η αρχή της ισοτιμίας.**



Σύμφωνα με την αρχή αυτή, όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι και έχουν ίσα δικαιώματα για την υγεία και τη ζωή.

- **Η αρχή της ειλικρίνειας.**

Κυρίως ειλικρίνεια και αλήθεια μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

- **Η αρχή της εμπιστοσύνης.**

Ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή θα πρέπει να υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη, ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα, σχετικά με την οποιαδήποτε ιατρική πράξη και θεραπεία.

Θα πρέπει να αναφέρουμε, πως πολλές φορές μπορεί να έρθουν σε σύγκρουση δύο βασικές αρχές. Για παράδειγμα, ένας ιατρός προτείνει μια θεραπεία σε έναν ασθενή, προκειμένου να τον ωφελήσει από κάποια ανίατη ασθένεια. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συναινέσει ή όχι. Όμως αν αρνηθεί, έρχεται σε σύγκρουση η αρχή της αυτονομίας με την αρχή της ωφέλειας, που θέλει να τηρήσει ο ιατρός (Κατσιμίγκας Γ., Βασιλοπούλου Γ., 2010).

Παρατηρούμε, πως η ηθική μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Έτσι, είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς ποιο είναι το σωστό και ποιο το λάθος, ποιο το ηθικό και ποιο το ανήθικο και ποιο το νομικά σωστό ή όχι.

## **6.5 Η ηθική διάσταση των περιορισμών της αυτονομίας του πάσχοντος από μεταδοτικό νόσημα**

Σε περιπτώσεις μεταδοτικών νοσημάτων η αυτονομία οριοθετείται. Έτσι, τα όρια της αυτονομίας του ασθενούς έχουν δύο διαστάσεις, αυτή των ορίων απέναντι στις επιταγές της ιατρικής επέμβασης και εκείνη που οριοθετεί την αυτονομία απέναντι σε τρίτους.

Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενη ενότητα, προτεραιότητα κάθε ατόμου είναι ο σεβασμός της αυτονομίας του, δηλαδή η ελευθερία να αποφασίζει για την προστασία της υγείας του και γενικά της ζωής του.

Σε περίπτωση μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων, η ιατρική κοινότητα επιβάλλεται να συμβουλευσει τον ασθενή ως προς τα αναγκαία μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας. Επίσης, όταν χρειαστεί να ληφθούν προληπτικά μέτρα, δεν πρέπει να περιορίζουν την αυτονομία του. Αρχικά λοιπόν, επιβάλλεται ακριβής ενημέρωση των ασθενών, και μπορεί αν υπάρχει ανάγκη, να περιλαμβάνεται και αυτοπεριορισμός.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Βιοηθικής, σε περίπτωση που η δημόσια υγεία απειλείται από κάποιο μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα μπορούν να εφαρμοστούν τα ακόλουθα:

✓ **Περιορισμοί στην αυτονομία ως προς την προσωπική υγεία.**

Όπως γνωρίζουμε, βασική αρχή της βιοηθικής για οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση, αποτελεί η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης. Επομένως, οποιαδήποτε ιατρική πράξη χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς, προσβάλλει βασικές αρχές της βιοηθικής ή και κανόνες του δικαίου.

Όταν απειλείται η υγεία τρίτων, τότε η αυτονομία του ατόμου τίθεται υπό αμφισβήτηση. Σε περίπτωση μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων, που μπορούν να μεταδοθούν πολύ εύκολα, δημιουργείται σύγκρουση ανάμεσα στην υποχρέωση της Πολιτείας να προστατεύσει την αυτονομία του ασθενή και από την άλλη πλευρά, στην υποχρέωση της Πολιτείας να προστατεύσει τη δημόσια υγεία. Τα αρμόδια όργανα μπορούν να λάβουν μέτρα τα οποία θα περιορίζουν την αυτονομία των πολιτών, όμως μόνο σε εξαιρετικές συνθήκες. Μια περίπτωση θεωρείται «εξαιρετική» όταν εκδηλωθεί επιδημία ή πανδημία ή αν υπάρχει ανάγκη αντιμετώπισης επείγοντος περιστατικού. Οι περιορισμοί αυτοί συνήθως αφορούν το δικαίωμα της συναίνεσης των ασθενών και την αυτενέργεια των ιατρών και θα πρέπει να ακολουθούν την αρχή της αναλογικότητας, δηλαδή να είναι κατάλληλα και αναγκαία τα μέσα για την προστασία και διασφάλιση της δημόσιας υγείας, χωρίς να υπερβαίνουν το σκοπό που επιδιώκεται. Σύμφωνα με το άρθρο 8, της Σύμβασης του Oviedo, *«Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου»* (αρ.8, ν. 2619/1998, ΦΕΚ 2619/1998)

✓ **Περιορισμοί στην αυτονομία ως προς τη δημόσια υγεία.**

Για τη διασφάλιση και την προστασία της δημόσιας υγείας, δικαιολογούνται περιορισμοί της αυτονομίας των ασθενών, κυρίως της κίνησης και της εγκατάστασης, όταν είναι απολύτως αναγκαίο.

Οι περιορισμοί δεν θα πρέπει για κανένα λόγο να εξυπηρετούν άλλους σκοπούς, ενώ επιβάλλεται να γίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να προστατεύουν την προσωπικότητα του ασθενή. Ενδέχεται από την επιβολή περιορισμών επί της συνολικής αυτονομίας, να δημιουργηθεί στιγματισμός και κατάθλιψη και απομόνωση του ασθενούς, με αρνητικές συνέπειες στη σωματική, ψυχική και πνευματική του κατάσταση (Σαρόγλου Γ., Τριχοπούλου Δ., Χατζάκη Α., 2020).

## 6.6 Η ηθική διάσταση της άρνησης συναίνεσης του ασθενούς

Μια από τις σημαντικότερες νομικές υποχρεώσεις του ιατρού είναι η εξασφάλιση της συναίνεσης του ασθενούς, για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, ύστερα από προηγούμενη ενημέρωση. Ο ιατρός θα πρέπει σύμφωνα με το άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, να έχει ενημερώσει αναλυτικά εκ των προτέρων τον ασθενή, για την κατάσταση της υγείας του, για την προτεινόμενη θεραπεία, για τις ενδεχόμενες επιπλοκές και για τους κινδύνους που πιθανόν να προκύψουν. Πιο συγκεκριμένα, «*Ο ιατρός έχει γενικά καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων*» (αρ.11 ΚΙΔ).

Στο άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, «*Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή*» (αρ.12 ΚΙΔ), γίνεται αναφορά για τη συναίνεση του ασθενούς, όπου ο ιατρός χωρίς αυτή, δεν μπορεί να προβεί σε ιατρική παρέμβαση, εκτός από μερικές εξαιρέσεις.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αποφασίζει ο ίδιος και να αυτοκαθορίζεται, όσον αφορά το σώμα του και την υγεία του. Για την διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής παρέμβασης, ο ασθενής θα πρέπει να έχει συναινέσει εκ των προτέρων, διαφορετικά η ιατρική πράξη κρίνεται παράνομη, ανήθικη και αυθαίρετη.

Στην περίπτωση των λοιμωδών νοσημάτων, που μπορούν να μεταδοθούν εξαιρετικά γρήγορα και να κινδυνεύσει η δημόσια υγεία, ενδεχομένως η αρχή της συναίνεσης να επιδέχεται περιορισμούς. Ο ασθενής δεν δύναται να αρνηθεί μια θεραπεία, ενώ κινδυνεύει η ζωή του ή η ζωή τρίτων ατόμων ή απειλείται η δημόσια υγεία. Έτσι μπορεί ο ιατρός, να προβεί σε μια αναγκαστική θεραπευτική πράξη. Ο ασθενής θα πρέπει να επιλέξει ανάμεσα στην υποχρεωτική θεραπεία, όπου υπάρχει περιορισμός της συναίνεσής του, και τον περιορισμό της κίνησης, όπου υπάρχει περιορισμός της αυτονομίας του, προκειμένου να προστατευτεί η ατομική του, αλλά και η δημόσια υγεία. Εξάλλου, η υποχρέωση της εξασφάλισης της συναίνεσης δεν υφίσταται στην ηθική και νομική της διάσταση σε περίπτωση αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, προκειμένου

να διαφυλαχτεί η δημόσια υγεία. Και στην περίπτωση μας, τα λοιμώδη νοσήματα, μπορούν να προκαλέσουν επιδημίες ή πανδημίες, οπότε θεωρούνται επείγουσα κατάσταση. Με την έννοια αυτή, θεωρείται κοινωνικά αναμενόμενο, αλλά και νομικά και ηθικά επιβαλλόμενο, ότι η διατήρηση της ζωής έχει πρωτεύοντα χαρακτήρα, και κανένας λογικός άνθρωπος δεν θα επιθυμούσε καθυστέρηση της ιατρικής πράξης, λόγω των διαδικασιών της συναίνεσης, διότι μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερες βλάβες στην υγεία του. Κατά τον τρόπο αυτό, και ειδικά για την περίπτωση των μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων, που μπορεί να απειλείται η δημόσια υγεία, η λήψη απόφασης από τον ιατρό ή η λήψη μέτρων από τα αρμόδια όργανα της Πολιτείας, στηρίζονται στην εικαζόμενη συναίνεση και η πράξη θεωρείται νομικά και ηθικά έγκυρη.

## 6.7 Η έκταση του ιατρικού καθήκοντος

«Καθήκον» στη νεοελληνική γλώσσα, σημαίνει ότι πρέπει κανείς να πράττει. Είναι το χρέος και η υποχρέωση. Η λέξη «καθήκον» είναι μετοχή του ρήματος «καθήκω», όπου κατά+ήκω, που σημαίνει κάτι που αρμόζει. Ένα χρέος, μια ηθική υποχρέωση, ότι δηλαδή επιβάλλουν οι νόμοι του κράτους.

Άλλη μια ερμηνεία της λέξης, είναι αυτή που προέρχεται από τους κανόνες της ηθικής και είναι η υποχρέωση ενός ατόμου, προς άλλα άτομα.

Σύμφωνα με τον Διονύσιο Σολωμό, το «καθήκον» καθορίζεται από την θρησκεία, τους νόμους ή τις κοινωνικές συνθήκες. Έτσι παίρνει χαρακτήρα ηθικής ή νομικής υποχρέωσης.

Για τον Kant, το «καθήκον», είναι απόλυτο. Για τον Πλάτωνα, το «καθήκον» ταυτίζεται με την ευπρέπεια και τη λογική πράξη.

Συμπερασματικά, το «καθήκον» είναι η συναίσθηση, ότι πρέπει κάποιος να ενεργεί σύμφωνα με την ηθική βούληση, χωρίς κανένα συμφέρον. Το «καθήκον» εμπεριέχει κάποιες βασικές αξίες, όπως η αξιοπρέπεια, ο σεβασμός, η ευθύνη, η εμπιστευτικότητα και η αλληλεγγύη προς τον άνθρωπο. Επίσης, εμπεριέχει και την έννοια της θυσίας.

Στην νομοθεσία, η έννοια του «καθήκοντος», πηγάζει από την υποχρέωση της τήρησης του νόμου και όχι ως ηθικό καθήκον.

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, οι αρμοδιότητες των ιατρών προέρχονται αρχικά από τον Όρκο του Ιπποκράτη και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Σύμφωνα

με τον Όρκο του Ιπποκράτη «Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω». Επίσης, σύμφωνα με το ν. 3418/2005, στο άρθρο 2 «Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του» (αρ.2, ν.3418/2005), στο άρθρο 3, « Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας» (αρ.3, ν.3418/2005), και στο άρθρο 4 «Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξουτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου» (αρ.4, ν.3418/2005). Σύμφωνα με τα παραπάνω, το καθήκον του ιατρού καθορίζεται ως λειτούργημα.

Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 9, του ν. 3418/2005, παρ.1,2,3,5 ο ιατρός πρέπει να δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή, ενώ δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του. Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι καθήκον του ιατρού είναι η προτεραιότητα της προστασίας της υγείας του ασθενούς, ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς, η τήρηση του ιατρικού απόρρητου, ο σεβασμός της αυτονομία του ασθενούς και η τήρηση της συναίνεσης.

Όμως, σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, όπως για παράδειγμα σε μια πανδημία ή σε μια περίπτωση μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων, μέχρι που μπορεί να φτάσει το ιατρικό καθήκον; Πώς ένας ιατρός μπορεί να είναι υγιής, ώστε να παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς, σε περιπτώσεις που κινδυνεύει και ο ίδιος από τη μετάδοση της νόσου; Μπορεί ο ιατρός να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες, αν ο ασθενής δεν συναινέσει; Είναι σχεδόν βέβαιο, ότι ο ιατρός δεν είναι υποχρεωμένος ούτε από τον Όρκο του Ιπποκράτη,

ούτε από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, να παρέχει τις υπηρεσίες του, εφόσον θεωρεί ότι κινδυνεύει η δική του ζωή. Επίσης, σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, που θα πρέπει να προχωρήσει σε άμεση ιατρική παρέμβαση για να σωθεί ο ασθενής, δεν μπορεί να στηρίζεται στη συναίνεση του ασθενή. Εδώ λοιπόν, συγκρούεται το καθήκον του ιατρού με την αυτονομία και την τήρηση της συναίνεσής του. Τί όμως θα υπερισχύσει και τι είναι σωστό να γίνει;

Σύμφωνα με το άρθρο 24, του ν 1565/1936 , *«Ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για την διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών» (αρ.24, ν.1565/1936)*. Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο ιατρός θα πρέπει να ενεργεί σύμφωνα με τους κανόνες της Ιατρικής Επιστήμης, ενώ σε περίπτωση ζημιάς ή βλάβης ή αμέλειας, τιμωρείται σύμφωνα με τον ΠΚ.

Συχνά λοιπόν, όταν απειλείται η δημόσια υγεία από μια μεταδοτική ασθένεια, οι συνθήκες δεν επιτρέπουν την ανεμπόδιστη άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος. Το καθήκον του ιατρού σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι να ορίσει προτεραιότητες στην περίθαλψη του πληθυσμού, με κίνδυνο κάποιοι να τη στερηθούν.

Δεν υπάρχει λοιπόν από τα παραπάνω ξεκάθαρη απάντηση για την έκταση του ιατρικού καθήκοντος. Το μόνο σίγουρο, είναι ότι ο ιατρός, σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, όπως και η πανδημία που μαστίζει τη χώρα μας, θα πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες του, σεβόμενος την αυτονομία του ασθενούς ως ένα βαθμό. Δυστυχώς, όλοι οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται τον πραγματικό κίνδυνο και αρνούνται θεραπείες και ιατρικές παρεμβάσεις, που μόνο για το καλό τους, αλλά και για το καλό της δημόσιας υγείας, πρέπει να εφαρμοστούν (Καλαϊτζίδης Α., 2021).

## **6.8 Ο κοινωνικός στιγματισμός των πασχόντων από μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα**

Ο στιγματισμός αναφέρεται στο σύνολο των κοινωνικών διαδικασιών που διαχωρίζουν και οδηγούν σε διακρίσεις εναντίον ατόμων, με τρόπο τέτοιο που παρεμβαίνει στις ευκαιρίες ζωής των ατόμων αυτών (Link B., Hatzenbuehler M., 2016).

Σύμφωνα με το Goffman, ο στιγματισμός είναι ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να προκαλέσει αιτία δυσφήμισης. Κατά τη θεωρία του υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι στίγματος α) στίγμα που σχετίζεται με ασθένειες, κυρίως ψυχικές β) στίγμα που σχετίζεται με φυσική παραμόρφωση και γ) στίγμα που συνδέεται με την ταύτιση με μια συγκεκριμένη φυλή, εθνικότητα, θρησκεία, ιδεολογία κ.α.. Συνήθως ο στιγματισμός προκύπτει από την έλλειψη επίγνωσης, την έλλειψη εκπαίδευσης και την έλλειψη αντίληψης, ενώ μπορεί να προκαλέσει αισθήματα ντροπής, απελπισίας και απομόνωσης (Goffman E., 1963).

Όσον αφορά τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα, ο στιγματισμός αναφέρεται στην απόδοση αρνητικών χαρακτηριστικών σε ανθρώπους ή ομάδες ατόμων που πάσχουν από ένα μεταδοτικό νόσημα, οι οποίοι απομονώνονται, έστω και περιστασιακά από την κοινωνική ζωή. Ο κίνδυνος αυτός αναδεικνύει προ πάντων ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σε μια επιδημία για παράδειγμα, οι άνθρωποι που νοσούν, γίνονται στόχοι διακρίσεων, περισσότερο δε, όταν η ασθένεια είναι μεταδοτική. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς ή τους επαγγελματίες υγείας.

Ο στιγματισμός ομάδων του πληθυσμού με αφορμή την προστασία της δημόσιας υγείας είναι ένα φαινόμενο που επαναλαμβάνεται, από τους διωγμούς και τις σφαγές εναντίον των Εβραίων την εποχή της πανώλης και αυτού κατά των εκδιδόμενων γυναικών για τη μετάδοση της σύφιλης, κατά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τους ασθενείς με AIDS.

Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από κάποιο μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα, πέρα από την ταλαιπωρία της υγείας τους, ταλαιπωρούνται και από τον εν λόγω στιγματισμό. Συνήθως τα άτομα αυτά τίθενται σε απομόνωση και περιθωριοποιούνται, είτε από φόβο είτε από κίνδυνο να μην τους μεταδώσουν την ασθένεια. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση του επιπέδου του άγχους τους και η κατάθλιψη.

Είναι αλήθεια πως τα άτομα που στιγματίζονται συνήθως αρνούνται να ζητήσουν ιατρική περίθαλψη ή την αναζητούν καθυστερημένα και ταυτόχρονα αποκρύπτουν σημαντικό ιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα σε μετακινήσεις, δραστηριότητες, ταξίδια κ.α.. Αυτή η συμπεριφορά οδηγεί στην αύξηση του κινδύνου μετάδοσης της νόσου.

Ο στιγματισμός επίσης, μπορεί να αναφέρεται και στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Κατά τη διάρκεια των περιόδων έξαρσης των μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων, οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή» στιγματίζονται, λόγω του φόβου ότι αποτελούν πηγή μόλυνσης. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να στιγματιστούν και από τους ασθενείς, με τη μορφή βίαιων επιθέσεων, παρενόχλησης, άρνησης της παρεχόμενης θεραπείας κ.τ.λ..

Αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι η στενοχώρια, η θλίψη, η κατάθλιψη και η αδυναμία να ανταποκρίνονται επαρκώς στα καθήκοντά τους.

Οι άνθρωποι που βιώνουν το στιγματισμό, χαρακτηρίζονται από αυξημένο κίνδυνο ψυχικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης, ακόμη και της πρόθεσης αυτοκτονίας.

Συμπερασματικά, το στίγμα στον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα επιβλαβές, επηρεάζοντας αρνητικά τους ασθενείς που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε μια στιγμή που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι.

Οι στρατηγικές για την καταπολέμηση του στίγματος στο χώρο της υγείας μπορεί να είναι:

- Η παροχή πληροφοριών για την εκάστοτε νόσο, τις εκδηλώσεις της και την επίδρασή της στην υγεία.
- Η επαφή με στιγματισμένα άτομα για την κατάρρευση των στερεοτύπων.
- Η ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών προς αποφυγή δημιουργίας στερεοτύπων.
- Αισιόδοξη στάση για την ανάρρωση και ενδυνάμωση των ασθενών ιδιαιτέρως κατηγοριών, όπως οι τοξικομανείς.
- Ενίσχυση των στρατηγικών για την καταπολέμηση του στιγματισμού μέσα από τη χρήση της τεχνολογίας. Μέσα από τη ραγδαία πρόοδο της τεχνολογίας, τη χρήση ηλεκτρονικών αρχείων και διαδικτύου για την παροχή ιατρικής φροντίδας, την συλλογή δεδομένων, την υποστήριξη κλινικών πληροφοριών και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, προσφέρονται αποτελεσματικοί μέθοδοι για τη μείωση του στιγματισμού.

Συμπερασματικά, υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ λοιμωδών νοσημάτων και στιγματισμού. Το στίγμα που σχετίζεται με την υγεία θέτει τεράστια εμπόδια στην ιατρική φροντίδα. Στην περίπτωση των λοιμωδών νοσημάτων, μπορεί να δημιουργήσει ακόμη περισσότερα προβλήματα και μεγαλύτερο κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, εντείνοντας το μαζικό πανικό.



## Συμπεράσματα

Κάθε εποχή, από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, είχε και έχει τις δικές της ασθένειες. Πολλές από αυτές υπάρχουν από παλιά, άλλες εξαλείφθηκαν, άλλες επανήλθαν στο προσκήνιο, ενώ νέες εμφανίστηκαν.

Τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα υπάρχουν από την αρχαιότητα. Στη σύγχρονη εποχή, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η βιομηχανοποίηση, οι μετακινήσεις του πληθυσμού, τα ταξίδια κ.α. συντελούν στην εξάπλωση των μεταδοτικών νοσημάτων, με αποτέλεσμα να απειλείται παγκόσμια ή ενδημικά η δημόσια υγεία.

Σε κάθε αιώνα κυριαρχούσε και ένα λοιμώδες νόσημα και αποτελούσε την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η φυματίωση, η λέπρα, η πανώλη, η σύφιλη, η ιλαρά και σήμερα, ο Covid-19, είναι κάποια από αυτά, τα οποία έγιναν αιτία για το θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων στον πλανήτη.

Περνώντας από τον αγροτικό στο βιομηχανικό τρόπο ζωής, με την πρόοδο της υγιεινής, την παιδεία, την εκπαίδευση, την ανάπτυξη της Ιατρικής και των άλλων ειδικοτήτων, τα λοιμώδη νοσήματα περιορίστηκαν, αλλά δεν εξαλείφθηκαν. Η ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας βοήθησε στον καθορισμό επιτυχημένων μέτρων καταπολέμησης των ασθενειών αυτών, όπως τα αντιβιοτικά, τα εμβόλια κ.α..

Εκτός από ατομικό πρόβλημα όμως, τα λοιμώδη νοσήματα, ακόμη και σήμερα, εξακολουθούν να αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας. Σε μια εποχή, με τόσο μεγάλη πρόοδο στην Ιατρική, αλλά και στις υπόλοιπες επιστήμες, εξακολουθούν να υπάρχουν επιδημικές εξάρσεις διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων που είχαν περιοριστεί, όπως η φυματίωση και η Γρίπη. Πολλές φορές, αυτό οφείλεται στη μετάλλαξη των λοιμογόνων παραγόντων ή στην ταχύτατη μετάδοσή τους λόγω του τρόπου διαβίωσης, είτε στην ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά. Με τον έλεγχο αυτών των λοιμωδών νοσημάτων ταυτίστηκε η δημόσια υγεία.

Η υγεία λοιπόν, αλλά και η αρρώστια, προσδιορίζεται από ένα πλήθος κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι χαρακτηρίζουν την κάθε κοινωνία. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων θεωρείται σημαντική συνιστώσα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση του δημοσίου συμφέροντος.

Το σύστημα υγείας κάθε χώρας, προσπαθεί με κάθε τρόπο να διαφυλάξει, να προασπίσει και να βελτιώσει το επίπεδο υγείας των πολιτών. Κατά τη διάρκεια κάποιας

έξαρσης ή επιδημίας ή πανδημίας, η έγκαιρη και ακριβής ενημέρωση, διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στον έλεγχο της εξάπλωσης των ασθενειών και στη διαχείριση του φόβου και της αβεβαιότητας.

Το Σύνταγμα της Ελλάδος, αλλά και Ευρωπαϊκές ή Διεθνείς Συνθήκες, θεσπίζουν μια σειρά από ανυπέρβλητα δικαιώματα των πολιτών και των ασθενών. Η αυτονομία, η συναίνεση και η πληροφόρηση θεωρούνται από τα σημαντικότερα δικαιώματα και παράλληλα αποτελούν και τις βασικές αρχές της ηθικής και δεοντολογίας. Σήμερα η ιατρική ηθική και δεοντολογία είναι συνδεδεμένη με την ιατρική επιστήμη.

Ο ασθενής είναι ελεύθερος να συναινεί, κατόπιν ενημέρωσης, σε κάθε θεραπευτική επέμβαση που προτείνει ο ιατρός, ή να την αρνείται. Όταν όμως οι ατομικές αποφάσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν άμεσα την υγεία των οικείων και τρίτων, τότε τίθεται υπό αμφισβήτηση η αυτονομία του ατόμου ως μοναδικό κριτήριο για τη λήψη των αποφάσεων. Στην περίπτωση λοιπόν αποφάσεων που αφορούν την πρόληψη και τη θεραπεία μεταδοτικών νοσημάτων διακυβεύονται η υγεία και η ζωή, όχι μόνο των ασθενών, αλλά και τρίτων υγιών προσώπων, που ανήκουν στο ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς. Αν λοιπόν κάποιος νοσεί από κάποιο μεταδοτικό νόσημα και αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία ή τα προληπτικά μέτρα, αυτομάτως καθίσταται πιθανή πηγή μετάδοσης της ασθένειας.

Τα αρμόδια όργανα λοιπόν, οφείλουν να επιληφθούν αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα, τα οποία θα πηγάζουν από την αρχή της ισότητας και του σεβασμού της ανθρώπινης ύπαρξης. Ουσιαστικά, θα προστατεύουν και τη δημόσια υγεία, αλλά και την αυτονομία του ασθενούς. Αυτό δεν συνεπάγεται αναγκαστικά την κατάργηση του δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενούς, αλλά τον περιορισμό του, πάντα όμως με γνώμονα την αρχή της αναλογικότητας.

Με την επιβολή των περιοριστικών μέτρων, για χάρη της δημόσιας υγείας και του δημόσιου συμφέροντος, πάντα θα υπάρχει το ενδεχόμενο του κοινωνικού στιγματισμού και της περιθωριοποίησης. Η Πολιτεία και τα αρμόδια όργανα αυτής, οφείλει να βρίσκεται σε εγρήγορση, να λειτουργεί με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον, αλλά σε συνδυασμό με την τήρηση των ατομικών δικαιωμάτων.

Επιπρόσθετα, δεν θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να ξεχνούν ότι καθήκον τους είναι η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και το ιατρικό απόρρητο.

Συμπερασματικά, η σύγκρουση της ιδιωτικής αυτονομίας των πασχόντων από μεταδοτικά νοσήματα με τη δημόσια υγεία οδηγεί στην επιβολή περιορισμών στην προσωπική ελευθερία και ως εκ τούτου ανακύπτουν ηθικά διλήμματα.

Η σωστή πρόβλεψη και επιβολή περιοριστικών μέτρων σε παρόμοιες περιπτώσεις κρίνεται θεμελιώδους σημασίας. Κάτι τέτοιο ενισχύει το αίσθημα της δίκαιης κατανομής των διαθέσιμων πόρων και προωθούνται η αρχή της ισότητας και του σεβασμού στην ανθρώπινη αξία.

Όταν λοιπόν υπάρχει σωστή πρόβλεψη, ακριβής ενημέρωση και εγρήγορση της Πολιτείας ο κίνδυνος μπορεί να αντιμετωπιστεί και η δημόσια υγεία να προστατευθεί. Μόνο με σεβασμό και εντύφηση σε θεσπισμένες αρχές και αξίες μπορούν να αντιμετωπιστούν κίνδυνοι που απειλούν τη δημόσια υγεία και το δημόσιο συμφέρον.

Για να εφαρμοστούν όλα τα παραπάνω δεν αρκεί μόνο η λήψη ηθικών αποφάσεων και η καλή γνώση και προσαρμογή στις αρχές του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Απαιτείται καλλιέργεια μια διευρυμένης συλλογιστικής πάνω στις ηθικές πλευρές του κάθε ζητήματος που θα οδηγεί σε λύσεις στα ηθικά διλήμματα που έχουν δημιουργηθεί (Τριανταφυλλίδου Σ., Παπαγεωργίου Ε., 2011).

Η σχέση επομένως, της ηθικής με την επιστήμη αλλά και την τεχνολογία πιστεύεται ότι μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά και έμπρακτα στην αναγνώριση και λύση ορισμένων ηθικών προβλημάτων, καθώς και στην όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να εφαρμόζεται το κατάλληλο κανονιστικό πλαίσιο που σαν τελικό σκοπό θα έχει τον άνθρωπο (Αλεξιάδου Α.Σ., 2020).

## Βιβλιογραφία

Available at: [http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696/-49db-9148-f24dce6a27c8/SYNTAGMA1\\_1.pdf](http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696/-49db-9148-f24dce6a27c8/SYNTAGMA1_1.pdf). [Ηλεκτρονικό]

Available at: [http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696/-49db-9148-f24dce6a27c8/SYNTAGMA1\\_1.pdf](http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696/-49db-9148-f24dce6a27c8/SYNTAGMA1_1.pdf)[Πρόσβαση 28 12 2021].

Aspradaki A., 2021. "Bioethics and Public Health: From the 1970s to the COVID-19 pandemic". *Bioethica*, 7(1), pp. 6-19.

Barakos N., 2021. "Βιοηθική και Ιατρική: ο ωφελισμός στο χώρο της υγείας ως διαχρονική αξία". pp. 275-281.

Beaglehole R., Bonita R., 2004. *"Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects"*. 2nd επιμ. s.l.:Cambridge University Press.

ECDC, 2005-2009. *ECDC*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.ecdc.europa.eu.gr> [Πρόσβαση 26 12 2021].

ECDC, 2020. *"Γλαρά"*. [Ηλεκτρονικό] Available at:<http://www.ecdc.europa.eu/en/measles/facts/factsheet> [Πρόσβαση 12 12 2021].

Available at: <http://www.eody.gov.gr/disease/sexoyalikos-metadidomena-nosimata/> [Πρόσβαση 21 11 2021].

European Lung Foundation, 2021. *"Φυματίωση"*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://europeanlung.org/el/information>[Πρόσβαση 5 12 2021].

Goffman E., 1963. *"Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity"*. New York: Simon& Shuster.

Heaton P., 2020. "Virology: Influenza Virus". Στο: G. E. C. C. B. D. Adrehj Spec, επιμ. *"Comprehensive Review of Infectious Diseases"*. Oxford : Elsevier, pp. 54-55.

iatrikanews.gr, 2015. "Το τέλος της ευλογιάς". [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.iatrikanews.gr>[Πρόσβαση 25 1 2022].

Jones H.S.& Powell J.E., 1942. "Θουκυδίδης, Ιστορία". 2η Έκδοση επιμ. Oxford: Clarendon Press.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2010-2020. "Ετήσια Έκδοση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων 2010-2021"..

Kuriakis C.S., Reeth K.Van., 2017. "Avian Influenza: the role of the pig and public health implications". *Journal of the Hellenic Veterinary Medical Society*, 56(4), pp. 339-349.

Link B., Hatzenbuehler M., 2016. "Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications". *Journal Of Health Politics*, 41(4), pp. 653-673.

Miquel Porta, 2008. "A Dictionary of Epidemiology". 5th επιμ. s.l.:Oxford University Press.

Poulakou-Rebelakou E., Mandyla-Kousouni M., Tsiamis C, .. "The Foreigner of 1854: a short novel referring to the cholera epidemic of Athens in 1854". *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας*, 14(1), pp. 94-98.

Raptopoulou M., Papatheodoridis G., Antoniou A. et. al., 2008. "Epidemiology, course and disease burden of chronic hepatitis B virus infection. HEPNET study for chronic hepatitis B: a multicentre Greek study". *Journal of Viral Hepatitis*, 8, pp. 1-8.

RBM-Partnership To End Malaria, 2021. "Malaria's deadly toll, greatest on African children, heightens urgency to do more to end the preventable disease", Geneva:.

Riedel S., 2005. "Edward Jenner and the History of Smallpox and Vaccination". *Baylor University Medical Center Proceedings*, 18(1), pp. 21-25.

Sathyanarayana R., Chittaranjan A., 2011. "The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction and fraud". *Indian Journal of Psychiatry*, 53(2), pp. 95-96.

Winslow, Charles- Edward Amory, 1920. "The Untilled Field of Public Health". *Science*, 51(1306), pp. 24-33.

www.healthyliving.gr, 2015. "Τύφος: Συμπτώματα και θεραπεία". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://www.healthyliving.gr/2015/07/03/tyfoeidhs>. [Πρόσβαση 25 1 2022].

www.protothema.gr, 2020. "Πανώλη: Η φοβερή επιδημία που σκότωσε περισσότερους από 20.000.000 Ευρωπαίους (1347-1351)". [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.protothema.gr> [Πρόσβαση 22 02 22].

www.wikipedia.gr., 2021. "Τύφος". [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://el.wikipedia.org/wiki/Τύφος> [Πρόσβαση 25 01 2022].

www.wikipedia, 2021. "Νόσος του Hansen". [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://el.wikipedia.org/> [Πρόσβαση 25 1 2022].

www.wikipedia, 2021. "Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας". [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://el.wikipedia.org/wiki/> [Πρόσβαση 25 1 2022].

www.wikipedia, 2022. "Πανδημία Γρίπης 2009". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://el.wikipedia.org/> [Πρόσβαση 25 1 2022].

Αλεξιάδου Α.Σ., 2020. "Τεχνητή νοημοσύνη και πανδημία COVID-19 -Ηθικές προεκτάσεις". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 4 5, pp. 708-712.

Αποστολίδου Κ., 2013. "7η Ευρωπαϊκή Ημέρα Δικαιωμάτων των Ασθενών". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://www.anticancerath.gr> [Πρόσβαση 25 1 2022].

Βαξεβάνογλου Α., 2021. "Οι Φτωχοί και ο Κοινωνικός Δεσμός τον Δυτικό Μεσαίωνα". Α' επιμ. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Βαργιάμη Μ., Γούλα Μ., 2017. "Η σχέση ιατρού-ασθενούς". *Health and Research Journal*, 3(2), pp. 109-110.

Βάρκα-Αδάμη Α., Αδάμης Σ., 2008. "Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς-Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), pp. 577-583.

Βαρλάμης Σ., και συν., 2011. "Περίπτωση ελονοσίας με "άτυπη" κλινική εικόνα". *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 7(2), pp. 63-66.

Βλάχου Ε., Βούλτσος Χ., Δουγαλής Ζ. και συν., 2012. "Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005)- Συλλογικό". s.l.:Νομική Βιβλιοθήκη.

Γκιούλα Γ., Μελίδου Α., Εξηντάρη Μ. και συν., 2011. "Επιδημιολογικά δεδομένα της πανδημίας γρίπης (H1N1) 2009 στην Βόρεια Ελλάδα". *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 28(1), pp. 103-105.

Γουργουλιάννη Σ., 2017. "Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(4), p. 556.

Δαχτάρη Μ., 2016. "Τα Δικαιώματα των Ασθενών και η προάσπισή τους". [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.iatronet.gr>[Πρόσβαση 6 1 2022].

Δημητρακόπουλος Α. , 2021. "12 Επικίνδυνα Λοιμώδη Νοσήματα που Μεταπήδησαν από τα Ζώα στον Άνθρωπο". Αθήνα:.

Δημητρακόπουλος Ι., 2016. "Χλαμύδια". [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://dr-dimitrakopoulos.com/2016>[Πρόσβαση 25 12 2022].

Δημητριάδου Αλ.,. "Δικαιώματα των ασθενών και σακχαρώδης διαβήτης". Στο: "Ειδικές Καταστάσεις- Μέρος ΙΧ". s.l.:s.n., pp. 811-815.

Διλιντάς Α., Σεβαστάκη Γ., 2015. "Η επιδημία αιμορραγικού πυρετού από τον ιό Ebola στη δυτική Αφρική. Μια νέα απειλή;". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(2), pp. 167-174.

Δουγαλής Ζ., 2016. *Ιατρικό Δίκαιο*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.iatrikodikaio.com>[Πρόσβαση 30 12 2021].

Δραγώνα-Μονάχου Μ., 2002. "Ηθική και Βιοηθική". *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, Τόμος 8, pp. 1-27.

Εθνικό Οργανισμός Υγείας, 2021. *"Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα"*. [Ηλεκτρονικό]

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2020. *"Ετήσια Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης -Ελονοσία στην Ελλάδα, έτος 2020"*, Αθήνα: ΕΟΔΥ.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021. "Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS στη Ελλάδα, 31-12-2020 ". *"Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS στη Ελλάδα, 31-12-2020 "*, Issue 35, pp. 5-8.

Ελευθερίου Α., 2007. *Τα δικαιώματα των ασθενών*. 2007 επιμ. Λευκωσία, Κύπρος: Διεθνής Ομοσπονδία Θαλασσαιμίας.

ΕΟΔΥ, 2020. *"Τέτανος (και Νεογνικός Τέτανος)"*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.eody.gov.gr>[Πρόσβαση 16 12 2021].

ΕΟΔΥ, 2020. *"Χολέρα"*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.eody.gov.gr/disease/cholera>[Πρόσβαση 25 1 2022].

ΕΟΔΥ, 2020. *HIV Λοίμωξη/AIDS*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.eody.gov.gr>[Πρόσβαση 25 01 22].

Επιτροπή Λοιμώξεων Υγείας., 2014. *"Τι πρέπει να γνωρίζουμε όλοι μας για τον ιό της γρίπης H1N1"*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.hygeia.gr/ti-prepei-na-gnORIZOYME-olOI-mas-gIA-ton-io-tIS-gRIPIS-h1n1/>[Πρόσβαση 13 12 2021].



Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο , 2019. *"Αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής: πρόοδος στον τομέα της ζωής των ζώων, η απειλή όμως για την υγεία εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για την ΕΕ"*, Λουξεμβούργο: ΕΕΣ αριθ.21 (2019).

Ζάβος Χ., 2019. *"Ηπατίτιδα C: Μετάδοση, συμπτώματα, θεραπεία"*, Αθήνα:

Η Καθημερινή, 2019. *"3.700 νέα κρούσματα ηπατίτιδας C ετησίως"*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr)[Πρόσβαση 26 11 2021].

Καββαδάς Δ. και συν, 2020. *"Από την αθηναϊκή πανούκλα έως την Covid-19. Μια ιστορική αναδρομή των επιδημιών και ο αντίκτυπός τους στην ψυχική υγεία"*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 21 10, pp. 448-458.

Καλαϊτζίδης Α., 2021. *"Επίταξη ιατρικών υπηρεσιών σε καιρό πανδημίας: νομική υποχρέωση ή ηθικό καθήκον"*. *Ένθα*, pp. 48-58.

Κατσαρέλη Σ., 2020. *"Οι 7+1 φονικότερες πανδημίες στην ιστορία της ανθρωπότητας - Πόσο κράτησαν, πόσους «θέρισαν"*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://www.newsbomb.gr/kosmos/story/1136878>[Πρόσβαση 25 1 2022].

Κατσιμίγκας Γ., Βασιλοπούλου Γ., 2010. *"Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής"*. *Το Βήμα του Ασληπιού*, 9(2), pp. 159-170.

ΚΕΕΛΠΝΟ, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, 2011. *"Σαλμονέλλωση (Μη τύφο-παρατυφική) (ICD-10 A02.0)"*, Αθήνα

ΚΕΕΛΠΝΟ, 2008. *"Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012"*. pp. 30-64.

ΚΕΕΛΠΝΟ, 2018. *"Επιδημιολογική και Εργαστηριακή Επιτήρηση Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Γονόροια, Χλαμύδια, Σύφιλη) στην Ελλάδα. Δηλωθέντα στοιχεία έως 31.12.2016"*, Αθήνα.

Κέντρο Ζωής, 2021. *kentrozois.gr*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [www.kentrozois.gr](http://www.kentrozois.gr)[Πρόσβαση 27 11 2021].

Κλουκινιώτη Ε., 2015. "ΥΑ ΓΥ39α/2012: Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων". [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.efotopoulou.gr> [Πρόσβαση 2 1 2022].

Κοντογιάννη Μ., 2010. "Μια σύντομη ιστορία της λέπρας". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.haniotika-nea>[Πρόσβαση 22 02 2022].

Κοσμίδης Ι., 2009. "Γρίπη και άλλες λοιμώξεις". *Medilife*, Issue 12, pp. 24-26.

Κουτσούκου Α., Τριπολιτσιώτη Π., 2015. "Αρχές Ιατρικής Ηθικής-Φροντίδα στο τέλος της ζωής". Στο: "Ιατρικές Επιστήμες και Επιστήμες Ζωής". Αθήνα: Κάλλιπος, pp. 436-439.

Κωνσταντόπουλος Σ.Ηρ., 2009. "Η φυματίωση στην Ελλάδα και τον κόσμο, το νέο εθνικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της φυματίωσης". *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 5(2), pp. 1-5.

Κωσταρίδης Π., και συν., 2019. "Ελονοσία: Μια πρόκληση του χθες, του σήμερα και του αύριο; Η περίπτωση της Ελλάδας". *Open Schools Journal For Open Science*, 1(2), pp. 430-439.

Λαγκαδινού Μ., 2020. "Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα". Αθήνα: Διδακτικές Σημειώσεις Πανεπιστημίου Πατρών.

Λέων Γ., Μποζίκη Ο., Σπηλιοπούλου Χ., 2011. "Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα κατά την δημοσίευση φωτογραφιών ασθενών σε ιατρικά συγγράματα στην Ελλάδα". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), pp. 27-32.

Λογοθέτη Μ., και συν., 2009. "Εργαστηριακή διερεύνηση επιδημίας ιλαράς στην Ελλάδα, 2005-2006". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1), pp. 90-97.

Μαζοκοπάκης Η.Ε., 2019. "Η χολέρα στην Ιπποκρατική Συλλογή". *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 29 8, 36(6), pp. 830-834.

Μαλάμου Θ., 2015. "Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες Υγείας". *Νοσηλευτική*, 54(3), pp. 231-240.

Μαρής Γ., 2021. *newsbomb.gr*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.newsbomb.gr> [Πρόσβαση 25 1 2022].

Μητροσύλη Μ., 2020. *"Εφαρμογές Βιοηθικής στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας"*, Αθήνα

Μίχος Α., 2006. *"Γρίπη απο Ιό Η5Ν1 των Πτηνών"*. Αθήνα, Δελτ Α' Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών 53.

Μπαβέας Θ., 2012. *"Εγχειρίδιο για τα Λοιμώδη Νοσήματα"*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.emprosnet.gr>[Πρόσβαση 3 1 2022].

Μπαλάσκας Κ., 2016. "Τροφιμογενή & Υδατογενή νοσήματα". *MEDILIFE-Υγεία για όλους*, p. 51.

Μπισκανάκη Ε., Χαραλάμπους Γ., 2018. Τα δικαιώματα των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Απρίλιος-Ιούνιος, 17(2), pp. 102-103.

Ξηρός Θ., 2004. *"Προστασία από τα μεταδοτικά νοσήματα"*. Αθήνα: Σάκκουλα Α.Ε..

Οικονομοπούλου Γ., 2021. *"GDPR στον χώρο της υγείας-Η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων στο χώρο της υγείας και ο GDPR"*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.dreamweaver.gr>[Πρόσβαση 6 1 2022].

Παπαγεωργίου Ε., Σαράφης Π., Μπαμίδης Π., 2013. "Η άρση του ιατρικού απορρήτου προς όφελος της δημόσιας υγείας: ένα αμφιλεγόμενο θέμα". *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(4), pp. 139-146.

Παπαδοπούλου Θ., 2015. *"Ειδικά θέματα Βιοηθικής"*. Αθήνα: Κάλιππος.

Παπαθανασίου Α., 2012. *"Εμβόλιο Ιλαράς"*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <https://www.ioanninamed.gr/updating/1/prevention/>[Πρόσβαση 25 1 2022].

Παπαϊωάννου Φ., 2015. *"Λοιμώδη-Μεταδοτικά νοσήματα"*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://e-maistros.gr/main/λοιμώδη-μεταδοτικά-νοσήματα>[Πρόσβαση 21 11 2021].

Παπακωνσταντίνου Σ., 2021. *"Η προστασία των προσωπικών δεδομένων υγείας και η αποκρυστάλλωσή της στον Κανονισμό 2016/679-GDPR"*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.ejournals.lib.auth.gr/infolawj/>[Πρόσβαση 31 12 2021].

Παπαμιχαήλ Μ., 2011. "Το δικαίωμα της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενή στην εκτέλεση ιατρικών πράξεων: Νομική και Κοινωνιολογική διάσταση". *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3(4), pp. 120-121.

Περδικογιάννη Χ., 2012. *"Αντιεμβολιαστικό Κίνημα-Μύθοι και Αλήθειες"*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <https://www.thenewhellenictimes.com>[Πρόσβαση 4 1 2022].

Περσιάνης Ν., 2011. "Τύποι Εμβολίων". Στο: Μ. Glaxosmithkline, επιμ. *"Σύντομη Ιστορία των Εμβολίων 1796-2011"*. Λευκωσία: s.n., p. 124.

Πιπεράκη Ε.Θ., Λεγάκης Ν.Ι., 2003. "Ανθελνοσοσιακά φάρμακα". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(4), pp. 344-355.

Πρεβεδούρου Ε., 2020. *"Η έννοια του δημοσίου συμφέροντος (Γενικό Διοικητικό Δίκτυο)"*.

[Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.prevedourou.gr>[Πρόσβαση 2 1 2022].

Ράδος Σ.Κ., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π., 2019. "Δείκτες θνησιμότητας και νεότερα δεδομένα για την έξαρση της ιλαράς στην Ελλάδα και την Ευρώπη". *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(1), pp. 7-17.

Ρούτης Π., 2020. "COVID-19 Πανδημία ή Κατάρα;". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://greekpress.ca/covid-19> [Πρόσβαση 25 1 2022].

Σαρόγλου Γ., Τριχοπούλου Δ., Χατζάκη Α., 2020. "Μεταδοτικά Λοιμώδη Νοσήματα: Δημόσιο συμφέρον και αυτονομία (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής). *Η Άλλη Όψη*, pp. 1-6.

Σερέτης Σ., Σωτηρίου Σ., Παντουλάρης Ι., και συν., 2021. "Ευρωπαϊκή Ένωση και πολιτική υγείας: Οι μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού των συστημάτων υγείας". *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, Τόμος 157, pp. 63-87.

Σοφοκλέους Α., 2019. "Η Συνταγματική Κατοχύρωση του Δικαιώματος στην Υγεία". *ένθα*, pp. 50-61.

Σπυρόπουλος Β., 2020. *Mediteam.gr*. [Ηλεκτρονικό] Available  
at: <http://mediteam.gr/category/βάιος-σπυρόπουλος/>[Πρόσβαση 16 12 2021].

Στογιαννίδης Γ., 2020. "Σε αναζήτηση του Κράτους Πρόνοιας". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.efsyn.gr>[Πρόσβαση 22 02 2022].

Συμεωνίδου Ε., Καστανίδου Ε., 2021. "Η κατοχύρωση της αυτονομίας του ασθενούς στο ποινικό δίκαιο". *Βιο-νομικά@bio-juria*, 3(1), p. 2.

Τούντας Γ., 2020. "Η κοινωνική διάσταση των επιδημιών". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [www.kathimerini.gr/society/1069205/giannis-toyntas-i-koinoniki-diastrastion-epidimion](http://www.kathimerini.gr/society/1069205/giannis-toyntas-i-koinoniki-diastrastion-epidimion)[Πρόσβαση 14 11 2021].

Τουρλίδα Κ., 2021. "Coronavirus (COVID-19) και Ψυχική Υγεία: Φροντίζοντας τον εαυτό μας κατά τη διάρκεια των επιδημιών λοιμωδών νοσημάτων". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://www.epikoionia.info>[Πρόσβαση 6 1 2022].

Τριανταφυλλίδου Σ., Παπαγεωργίου Ε., 2011. "Δεοντολογικά και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας". *Το βήμα του Ασκληπιού*, 10(4), pp. 465-479.

Τσελίγκα Α, Γιαγτζίδου Α., Βλαχιώτη Ε., 2015. "Προστασία Προσωπικών Δεδομένων του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας". *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, pp. 30-31.

Τσιάμης Κ., και συν., 2016. "Λοιμώδη Νοσήματα στην Αθήνα κατά την Γερμανική Κατοχή (1941-1944)". *Ερευνητική Εργασία: Ιστορία της Μικροβιολογίας*, 61(3), pp. 217-241.

Τσουνής Α., Σαράφης Π., 2012. "Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη: το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη πραγματικότητα". *"Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας"*, 4(2), pp. 63-70.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008. *"Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας 2008-2012"*, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008. *"Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων 2008-2012"*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Υφαντόπουλος Γ., 1999. "Διακρατική Συνεργασία στην Υγεία". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 14(4), pp. 328-329.

Φαλτάιτς Κ., 2021. *"Η γρίπη στη Σκύρο"*. Σκύρος: Μουσείο Φαλτάιτς.

Φιλαλήθης Α., Φωτόπουλος Α., Τρομπούκης Κ., 2020. "Δημόσια Υγεία-Κοινωνική Ιατρική -Η ιστορία και η σημειολογία το όρου". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3), pp. 395-403.

Φιλίστωρ Ι., 2020. "Θέματα Ελληνικής Ιστορίας: Από την επιδημία πανώλης επί Καποδίστρια, το 1828, στον κορωνοϊό του 2020". *Θέματα Ελληνικής Ιστορίας*, 25 3.

Φράγκου Α., 2016. "Διερεύνηση των πεποιθήσεων σε σχέση με τον εμβολιασμό στη σύγχρονη εποχή". *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(2), pp. 13-20.

Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ., 2010. "Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1), pp. 106-112.

Χατζάκης Α., Καντζανου Μ., 2013. "Επιδημιολογία ηπατιτίδων Β και C στην Ελλάδα". *Ιατρικά Ανάλεκτα*, Γ(20), p. 1000.

Χατζηπουλίδης Γ., 2004. "Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας". *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 3(2), pp. 1-9.

Χατζηπουλίδης Γ., 2004. "Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας". *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2(2), p. 3.

Χατζηραφαήλ Β., 2016. "Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα". *Medilife*, Issue 20, pp. 58-60.

Χριστάκης Δ., 2021. "Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα". [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://www.gynaikologos-christakis.gr/gynekologia>[Πρόσβαση 25 1 2022].

Χριστοπούλου-Κοκκίνου Β., 2021. "Σκέψεις για την ηθική και για την δεοντολογία στην Ιατρική". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(6), pp. 727-735.

## Νόμοι

### Αστικός Κώδικας

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Νόμος υπ'αριθμ. 3418/ΦΕΚ 287/28-11-2005

Νόμος υπ' αριθμόν 4619, Ποινικός Κώδικας, Εφ. Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 95

«Σύνταγμα της Ελλάδος», Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας,  
2/12/2019, Τεύχος 1, Αρ. Φύλλου 211

Νόμος υπ' αριθμόν 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15-07-1992)

Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ/Α/165/21-08-1997)

Νόμος 4619/2019-(ΦΕΚ 95/Α/11-06-2019)

Νόμος 2472/1997

Νόμος 3370/2005

Νόμος 3172/2003

Νόμος 2774/1999

Νόμος 3418/2005

Νόμος 2679/1999

Νόμος 1658/1951

Νόμος 4053/1960

Νόμος 1565/1936