

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

---

**Οι απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και  
προαγωγής της δημόσιας υγείας.**

**Μελέτη περίπτωσης στην 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ  
Κερατσινίου – Δραπετσώνας**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΧΡΥΣΟΥΛΑ Γ. ΚΡΙΤΣΕΛΑ**

**ΑΘΗΝΑ 2021**

---

## **Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

<b>Επιβλέπουσα Καθηγήτρια</b>	<b>Συνεργαζόμενο επιστημονικό προσωπικό</b>	<b>ΔΗΜΗΤΡΑ ΛΑΤΣΟΥ</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
<b>Μέλος</b>	<b>Καθηγητής</b>	<b>ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
<b>Μέλος</b>	<b>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια</b>	<b>ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Χρυσούλα Κριτσελά του Γρηγορίου, με αριθμό μητρώου 19017, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

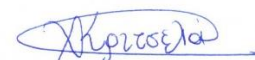
«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό 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 την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2021 και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Η Δηλούσα

Χρυσούλα Γ. Κριτσελά



## ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας. Με τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα το 1978, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση της ΠΦΥ σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ σαράντα χρόνια μετά, η Διακήρυξη της Αστάνα ανανέωσε την πολιτική δέσμευση για τοποθέτησή της στο επίκεντρο της παγκόσμιας υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των απόψεων των πολιτών και η αξιοποίηση αυτών με στόχο την αναζήτηση πιο αποτελεσματικών μεθόδων για την προαγωγή της υγείας σε τοπικό επίπεδο. Η μελέτη απαρτίζεται από το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Συγκεκριμένα, στο θεωρητικό μέρος γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, με αναφορά σε προγράμματα που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Το ερευνητικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία της έρευνας και την ανάλυση των δεδομένων για εξαγωγή των συμπερασμάτων. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 22.0 και το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 145 πολίτες.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι πολύ ικανοποιημένη από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της 3<sup>ης</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας και θεωρούν ότι συμβάλλουν πράγματι στην ενίσχυση της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, διαφαίνεται ξεκάθαρα το πρόβλημα της υποστελέχωσης των ΤΟΜΥ, καθώς και το πρόβλημα της ελλιπούς ενημέρωσης που έχουν οι πολίτες σχετικά με τις ΤΟΜΥ και τις δράσεις που υλοποιούν.

**Λέξεις – κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τοπική Μονάδα Υγείας, πρόληψη, προαγωγή υγείας, αγωγή υγείας

## ABSTRACT

Primary Health Care is the first level of contact of individuals, family and community with the national health system. With the Alma – Ata Declaration in 1978, particular emphasis was placed on strengthening PHC worldwide and, forty years later, the Astana Declaration renewed its political commitment to focusing on world health.

The purpose of this study is to record the opinions of citizens and use them in order to seek more effective methods to promote health at the local level. The study consists of the theoretical and the research part. Specifically, in the theoretical part, a bibliographic review is made about the prevention and promotion of health, with reference to programs that take place in Greece and abroad. The research part includes the research methodology and the analysis of the data in order to draw conclusions. The statistical program SPSS Statistics 22.0 was used for the analysis and the questionnaire was completed by 145 citizens.

The results of the research show that the majority of the sample is very satisfied with the prevention and promotion programs of the 3<sup>rd</sup> TOMY of Keratsini - Drapetsona and consider that they really contribute to the strengthening of public health. However, the problem of the understaffing of TOMY is clearly visible, as well as the problem of the lack of information that citizens have about TOMY and the actions they implement.

**Keywords:** Primary Health Care, Local Health Services, prevention, health promotion, health education

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Δήμητρα Λατσού, για την ουσιαστική καθοδήγησή της στη διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας. Επιπλέον, θερμές ευχαριστίες οφείλω και στο σύνολο των καθηγητών του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις πολύτιμες γνώσεις που αποκόμισα, οι οποίες θα αποτελούν πολύτιμο οδηγό στην επαγγελματική μου πορεία.

Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω τις συναδέλφους μου στην 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας για την ηθική και ουσιαστική συμπαράστασή τους, καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

Ευχαριστώ οφείλω και στο σύντροφό μου, για την αμέριστη κατανόηση που επέδειξε κατά τη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας, τις συμβουλές του και τη γενικότερη συμβολή του στην ολοκλήρωσή της.

Κλείνοντας, ευχαριστώ τους γονείς μου, για τη συμπαράστασή τους σε κάθε ακαδημαϊκό μου βήμα, γιατί στάθηκαν βράχοι ακλόνητοι σε κάθε προσωπική μου δυσκολία, ακόμα κι όταν εμένα μου φαινόταν απροσπέραστη και γιατί χωρίς εκείνους, τίποτα δε θα ήταν ίδιο.

Χρυσούλα Γ. Κριτσελά «Οι απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας.  
Μελέτη περίπτωσης»

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....	ii
ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iii
ABSTRACT .....	iv
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ .....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> . ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	9
1.1 Εισαγωγή .....	9
1.1.1 Διακήρυξη της Άλμα - Άτα .....	9
1.1.2 Διακήρυξη της Αστάνα.....	10
1.2 Πρόληψη.....	12
1.2.1 Εισαγωγή .....	12
1.2.2 Παράγοντες Κινδύνου.....	12
1.2.3 Επίπεδα πρόληψης.....	14
1.3 Αγωγή Υγείας.....	17
1.3.1 Ταξινόμηση της Αγωγής Υγείας σύμφωνα με τα επίπεδα πρόληψης.....	17
1.4 Προαγωγή Υγείας.....	19
1.4.1 Ορισμός .....	19
1.4.2 Το 1 <sup>ο</sup> Συνέδριο της Οττάβα για την προαγωγή υγείας .....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.1 Επίπεδα εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής.....	23
2.1.1 Σε ατομικό επίπεδο .....	23
2.1.2 Σε επίπεδο οικογένειας .....	24
2.1.3 Σε ομάδες του πληθυσμού .....	24
2.1.4 Σε επίπεδο κοινότητας .....	24
2.2 Εμβολιασμός.....	25
2.3 Προγράμματα ψυχικής υγείας και ΠΦΥ.....	27



2.4 Προγράμματα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην Ελλάδα .....	29
2.4.1 Σε σχολικό επίπεδο .....	29
2.4.2 Στον ηλικιωμένο πληθυσμό .....	30
2.4.3 Εμβολιασμός .....	30
2.4.4 Προγράμματα προστασίας της ψυχικής υγείας .....	31
2.4.5 Κινητές Ομάδες Υγείας .....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°. ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
3.1 Νομοθεσία.....	34
3.2 Οικογενειακός γιατρός.....	35
3.3 Ομάδα Υγείας.....	38
3.4 Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας .....	40
3.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και σχετικές έρευνες .....	41
3.5.1 Συμβολή Νόμου 4486/2017 στην εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα και συνεισφορά των ΤΟΜΥ στην πανδημία .....	43
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	45
Κεφάλαιο 4°. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	45
4.1 Ερευνητικός Σκοπός και Στόχοι.....	45
4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	45
4.3 Κύρια Ερευνητική Υπόθεση και υπό μελέτη Μεταβλητές .....	46
4.4 Μέθοδος Έρευνας.....	46
4.5 Όργανο μέτρησης.....	46
4.6 Οριοθέτηση Πληθυσμού Μελέτης και Επιλογή Δείγματος .....	47
4.6.1 Δεοντολογία της Έρευνας.....	48
4.7 Συλλογή Δεδομένων.....	48
4.8 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων.....	49
Κεφάλαιο 5°. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	50
Κεφάλαιο 6°. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	80
Κεφάλαιο 7°. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΕΓΚΡΙΣΗ 2 <sup>ΗΣ</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΥΠΕ) ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ.....	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	96
Ελληνόγλωσση.....	96
Ελληνική Νομοθεσία.....	97

Ξενόγλωσση.....	98
Ιστοσελίδες .....	102

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1	Ηλικία	51
2	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	54
3	Βαθμός ενημέρωσης σχετικά με τα παρεχόμενα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της 3 <sup>ης</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας	60
4	Βαθμός σημαντικότητας προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής, σύμφωνα με το δείγμα	65
5	Τρόποι ενημέρωσης περισσότερων πολιτών για συμμετοχή στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής	73
6	Σχέση οικογενειακής κατάστασης και βαθμού ικανοποίησης	75
7	Πρόθεση πολιτών για επιπλέον προγράμματα, ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και την εργασία	77
8	Επίδραση ηλικίας και γενικής υγείας πολιτών στην άποψή τους περί συμβολής των προγραμμάτων στην πρόληψη και την προαγωγή	78

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1	Πλήρης σύνθεση TOMY	34

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1	Φύλο	50
2	Υπηκοότητα	51
3	Οικογενειακή Κατάσταση	52
4	Αριθμός μελών οικογένειας	53
5	Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού	55
6	Εργασιακή Κατάσταση	56
7	Δημόσια ασφάλιση υγείας	57
8	Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	58
9	Κατάσταση υγείας	59
10	Βαθμός ενημέρωσης σχετικά με τα παρεχόμενα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της 3 <sup>ης</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας	63
11	Τρόπος ενημέρωσης	64
12	Βαθμός σημαντικότητας προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής, σύμφωνα με το δείγμα	69
13	Βαθμός ικανοποίησης από τα παρεχόμενα προγράμματα	70
14	Επιθυμία πραγματοποίησης επιπλέον προγράμματος	71
15	Συμβολή προγραμμάτων στην προαγωγή υγείας, σύμφωνα με το δείγμα	72
16	Τρόποι ενημέρωσης περισσότερων πολιτών για συμμετοχή στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής	74
17	Pairwise comparisons	76

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΔΥΜ	Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ECDC	European Centre for Disease prevention and Control
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΠΕ	Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
ΚΑΠΗ	Κέντρο Απασχόλησης Ηλικιωμένων
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΟΜΥ	Κινητή Ομάδα Υγείας
OECD	Organization for Economic Co – operation and Development
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕ	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
QUALICOPC	Quality and Costs Of Primary Care in Europe
ΣΜΝ	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
ΤΕ	Τεχνολογική Εκπαίδευση
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
UNICEF	United Nations Children' s Fund
WHO	World Health Organization
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) πραγματοποιούνται προσπάθειες βελτίωσης σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι Διακηρύξεις της Άλμα – Άτα και της Αστάνα έθεσαν στο επίκεντρο την ΠΦΥ, υποστηρίζοντας πως αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη και τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για να ενισχύσει η κοινωνία τη φυσική και πνευματική υγεία των πολιτών, καθώς και την κοινωνική τους ευημερία. Η υγεία επομένως δε συνδέεται μόνο με την απουσία ασθένειας αλλά σχετίζεται και με τη διατήρηση της υγείας, με την πρόληψη των ασθενειών και την ανάπτυξη της ικανότητας στους πολίτες να διαφυλάσσουν οι ίδιοι την υγεία τους, μέσα από προγράμματα προαγωγής της υγείας.

Στην Ελλάδα, πραγματοποιούνται προσπάθειες ενίσχυσης της ΠΦΥ και χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της προσπάθειας αποτελεί η ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY), μέσω του Νόμου 4486/2017. Η 3<sup>η</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας, που ξεκίνησε τη λειτουργία της στις 28 Φεβρουαρίου 2019 στη Δραπετσώνα, αποτελεί τη μονάδα υγείας που επιλέγεται για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή των απόψεων των πολιτών και η αξιοποίηση αυτών με στόχο την αναζήτηση πιο αποτελεσματικών μεθόδων για την προαγωγή της υγείας σε τοπικό επίπεδο.

Για την ΠΦΥ έχει πραγματοποιηθεί πλήθος ερευνών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Ωστόσο, δεδομένου ότι οι TOMY αποτελούν ένα καινούριο εγχείρημα, οι υπάρχουσες μελέτες είναι ελάχιστες. Για το λόγο αυτό, κρίθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθεί η άποψη των ίδιων των πολιτών για τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που παρέχει μία δομή ΠΦΥ, αναφορικά με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον, η διανομή των ερωτηματολογίων που δόθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, διήρκησε τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του έτους 2020. Η δυσκολία που προέκυψε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, σχετίζεται με τη μείωση της επισκεψιμότητας στη συγκεκριμένη μονάδα, λόγω της απαγόρευσης κυκλοφορίας που ξεκίνησε στις 7 Νοεμβρίου 2020, για τον περιορισμό της διασποράς του κορωνοϊού. Εντούτοις, συμπληρώθηκαν συνολικά 145 ερωτηματολόγια.

Επιπρόσθετα, η παρούσα μελέτη απαρτίζεται από το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Συγκεκριμένα, το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα και της Αστάνα, περιγράφεται η πρόληψη της νόσου και τα επίπεδα από τα οποία αποτελείται και αναλύονται οι παράγοντες κινδύνου που απειλούν την υγεία των ανθρώπων. Πραγματοποιούνται ακόμα, ανάλυση των όρων αγωγή και προαγωγή υγείας, ταξινόμηση της αγωγής υγείας ανάλογα με τα επίπεδα πρόληψης και γίνεται εκτενής αναφορά στο πρώτο Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στην Οττάβα το 1986 για την προαγωγή υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, ενώ γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον εμβολιασμό και στα προγράμματα ψυχικής υγείας, καθώς λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού, θεωρήθηκε ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτά μέσω της παρούσας μελέτης. Αξίζει να σημειωθεί ότι επισημαίνεται στο παρόν κεφάλαιο η σύσταση και η συγκρότηση των Κινητών Μονάδων Υγείας, με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας, λόγω της πανδημίας. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη Νομοθεσία και, πιο συγκεκριμένα, στο Νόμο 4486/2017, μέσω του οποίου ιδρύθηκαν οι ΤΟΜΥ, ενώ ξεχωριστή μνεία γίνεται στον οικογενειακό γιατρό, στις ομάδες υγείας και στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας. Επισημαίνονται ακόμα σχετικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε σχέση με την ΠΦΥ και αναλύεται η συνεισφορά των ΤΟΜΥ στην πανδημία.

Στο ερευνητικό μέρος της μελέτης, υπάρχουν συνολικά τέσσερα κεφάλαια. Στο τέταρτο κατά σειρά κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας και στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Επιπλέον, στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, αναλύοντας τα ευρήματα ανά ερευνητικό ερώτημα. Παράλληλα, πραγματοποιείται σύγκριση με σχετικές έρευνες. Στο τελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη και γίνονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες, για την πραγματοποίηση συγκρίσεων και την εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων.

## ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1 Εισαγωγή

Πριν από την ανάλυση της πρόληψης και της προαγωγής της δημόσιας υγείας, που αποτελούν την κεντρική ιδέα της παρούσας εργασίας, θεωρείται απαραίτητο να προηγηθούν κάποιες διευκρινίσεις αναφορικά με την ευρύτερη έννοια του όρου υγεία και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Για την υγεία έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί. Ωστόσο, μετά τη λήξη του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, οι αναπτυσσόμενες χώρες προσπάθησαν να ανακτήσουν τις δυνάμεις τους και ξεκίνησαν να αναθεωρούν, όσον αφορά στη σπουδαιότητα του αγαθού της υγείας. Τη δεκαετία του 1970 διοργανώθηκε πλήθος διασκέψεων από τις υπηρεσίες των Ηνωμένων Εθνών, στις οποίες οι συζητήσεις αφορούσαν μια διευρυμένη ατζέντα για μια νέα διεθνή οικονομική τάξη. Θεωρήθηκε αδύνατο να διαχωριστεί η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη από την υγεία και, για το λόγο αυτό, στόχος των διασκέψεων ήταν η μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των κεντρικών χωρών και των λεγόμενων εθνών του τρίτου κόσμου (Μαλαβάζος και συν 2019).

#### 1.1.1 Διακήρυξη της Άλμα - Άτα

Μέσα σε αυτό το κλίμα, το Σεπτέμβριο του 1978 πραγματοποιήθηκε η Διεθνής Συνδιάσκεψη για την ΠΦΥ, με πρωτοβουλία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Η εν λόγω Συνδιάσκεψη έλαβε χώρα στην Άλμα – Άτα του Καζακστάν, κατά την οποία εγκρίθηκε και υπεγράφη από 134 χώρες η Διακήρυξη της Άλμα – Άτα, θέτοντας το στόχο της ανάπτυξης της «Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000» και, πιο συγκεκριμένα, της επίτευξης για όλους ανεξαιρέτως τους ανθρώπους του κόσμου ένα επίπεδο υγείας το οποίο θα τους επιτρέπει να ζουν μία παραγωγική ζωή, τόσο κοινωνικά όσο και οικονομικά (WHO 2018a).

Επιπλέον, στη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα δόθηκε, ύστερα από πολλές επαναδιατυπώσεις που είχαν προηγηθεί τα προηγούμενα χρόνια, ο ορισμός της υγείας. Τονίστηκε στο συγκεκριμένο ορισμό ότι η υγεία δε σχετίζεται μόνο με την απουσία



κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας αλλά με μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Επισημάνθηκε ακόμα ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου και πολύ σημαντικός παγκόσμιος στόχος είναι να επιτευχθεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, πρέπει να συμβάλλουν πολλοί άλλοι οικονομικοί και κοινωνικοί τομείς, εκτός από τον τομέα της υγείας. Επιπλέον, σύμφωνα με τη Διακήρυξη κρίνεται πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη η ανισότητα που επικρατεί όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας των ανθρώπων, ιδίως μεταξύ των ανεπτυγμένων και των αναπτυσσόμενων χωρών καθώς και εντός των χωρών. Αποτέλεσε επομένως η εν λόγω Διακήρυξη μια συμφωνία και ένα κοινό μέλημα όλων των χωρών που τη συνυπέγραψαν, να μειώσουν το χάσμα μεταξύ του υγειονομικού καθεστώτος των αναπτυσσόμενων και των ανεπτυγμένων χωρών, με στόχο την Υγεία για όλους (Declaration of Alma - Ata 1978).

Για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων, η Διακήρυξη όρισε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως το κλειδί για την ανάπτυξη, μέσα σε ένα πλαίσιο κοινωνικής δικαιοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας. Φέρνει την υγεία όσο το δυνατόν πιο κοντά στο σημείο όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται, καθώς βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού και στην ενεργό συμμετοχή του. Έχει ως ιδέα τον ολιστικό και διατομεακό σχεδιασμό για την υγεία, ενώ στηρίζεται σε επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία που καθίστανται καθολικά προσβάσιμες στον πληθυσμό, με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να διατηρήσουν (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

### *1.1.2 Διακήρυξη της Αστάνα*

Στα σαράντα χρόνια από τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα, η κυβέρνηση του Καζακστάν, η Unicef (United Nations Children' s Fund) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, συνδιοργάνωσαν την Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην πόλη Αστάνα, τη νέα πρωτεύουσα του Καζακστάν. Πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2018, σε ένα διαφορετικό διεθνές πλαίσιο από αυτό της Άλμα – Άτα, με πολιτικές λιτότητας και μεταναστευτική κρίση. Σκοπός της ήταν να επιβεβαιωθούν τα διδάγματα και οι βασικές αρχές της Διακήρυξης του 1978, καθώς και να ανανεωθεί η πολιτική δέσμευση της τοποθέτησης της ΠΦΥ στο επίκεντρο της παγκόσμιας υγείας.

Για το λόγο αυτό, κλήθηκαν οι κυβερνήσεις, ο ΠΟΥ, η Unicef, άλλοι διεθνείς οργανισμοί, πολυμερείς και διμερείς οργανισμοί, μη κυβερνητικοί οργανισμοί, χρηματοδοτικοί οργανισμοί, όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και ολόκληρη η παγκόσμια κοινότητα, για να υποστηρίξουν την εθνική και διεθνή δέσμευση για την ενίσχυση της ΠΦΥ και τη διοχέτευση αυξημένης τεχνικής και οικονομικής υποστήριξης σε αυτή την προσπάθεια, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το 2018 λοιπόν, με τη Διακήρυξη της Αστάνα, τονίστηκε ότι παρά την αξιοσημείωτη πρόοδο που τα τελευταία σαράντα χρόνια είχε συντελεστεί στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, εξακολουθούν να μην καλύπτονται βασικές ανάγκες υγείας, ειδικά σε ανθρώπους ευάλωτους και οικονομικά ασθενείς. Επισημαίνεται στη Διακήρυξη ότι η συνθήκη αυτή είναι απαράδεκτη σε ηθικό, πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και ότι δεν επιτρέπεται πλέον να υποτιμάται η σημασία της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών (Declaration of Astana 2018).

Στην Αστάνα αναγνωρίζεται ότι η επίτευξη των στόχων της Διακήρυξης της Άλμα-Άτα θα εξαρτηθεί από την ύπαρξη: επαρκούς και βιώσιμης χρηματοδότησης, καλά εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού οργανωμένου σε πολυεπιστημονικές ομάδες, ολοκληρωμένης φροντίδας για όλους, προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και με την καθιέρωση ενός συστήματος παραπομπής σε άλλα επίπεδα, αντιμετωπίζοντας τον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό, οι υπηρεσίες ΠΦΥ πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας, ασφαλείς, ολοκληρωμένες, πλήρεις, διαθέσιμες και οικονομικά προσιτές για όλους και παντού. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι, εξειδικευμένοι και αφοσιωμένοι και πρέπει να παρέχουν συμπόνια, σεβασμό και αξιοπρέπεια, προάγοντας την καλή υγεία. Επιπλέον, τα άτομα και οι κοινότητες πρέπει να ασχολούνται οι ίδιοι με τη διατήρηση και την ενίσχυση της υγείας και της ευημερίας τους (Park and Abrams 2019). Τονίζεται μάλιστα ότι η ΠΦΥ αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την παγκόσμια υγειονομική κάλυψη, καθώς είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να ενισχύσει η κοινωνία τη φυσική και πνευματική υγεία των πολιτών, καθώς και την κοινωνική τους ευημερία. Στη Διακήρυξη της Αστάνα προτεραιότητα δίνεται στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας, ενώ στόχος της είναι να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των ανθρώπων (Declaration of Astana 2018).

Με τη Διακήρυξη της Αστάνα, ανανεώθηκε η πολιτική δέσμευση για ενίσχυση της ΠΦΥ. Επιβεβαιώθηκε η δέσμευση για το θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου στην υγεία, αναγνωρίστηκε ότι η επιμονή των αδικιών στον τομέα της υγείας είναι απαράδεκτη

και επιστημάνθηκε για ακόμα μία φορά ότι η ΠΦΥ αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για βιώσιμα συστήματα υγείας με καθολική κάλυψη (WHO 2018a).

## 1.2 Πρόληψη

### 1.2.1 Εισαγωγή

Η ΠΦΥ, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ασχολείται με τα προβλήματα υγείας ολόκληρης της κοινότητας καθώς και με την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Για να θεωρείται ολοκληρωμένη η φροντίδα υγείας που παρέχεται στον πληθυσμό, οφείλει να περιλαμβάνει ανεξαιρέτως την προαγωγή, την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Βασίζεται σε μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι τεκμηριωμένες επιστημονικά, αποδεκτές κοινωνικά, εφαρμόσιμες σε πρακτικό επίπεδο και οικονομικά προσιτές (Λάγιου 2014).

Η πρόληψη μοιάζει να είναι μία έννοια εύκολα κατανοητή, ωστόσο η εφαρμογή της αποτελεί δύσκολο εγχείρημα για τα συστήματα υγείας. Ως όρος είναι ιατρικός και υποδηλώνει κάθε ιατρική ή άλλη παρέμβαση, η οποία πραγματοποιείται για την αποτροπή συμβάντων που προκαλούν νόσο (Μαζαράκη 2012). Με άλλα λόγια, μέσω της πρόληψης, επιχειρείται να προλάβει το εκάστοτε σύστημα υγείας την εμφάνιση κινδύνων που απειλούν την υγεία και τη ζωή των πολιτών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η πρόληψη των ασθενειών αναφέρεται συνήθως σε παρεμβάσεις (είτε σε συλλογικό είτε σε ατομικό επίπεδο) που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των ασθενειών και των συναφών παραγόντων κινδύνου (WHO 2017a).

### 1.2.2 Παράγοντες Κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) είναι οι εξής:

- Το κάπνισμα ενηλίκων

Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία πολλών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου, του εγκεφαλικού επεισοδίου και διάφορων αναπνευστικών προβλημάτων, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Επιπλέον, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο γέννησης λιποβαρούς βρέφους, καθώς και τον

κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η χρήση καπνού σκοτώνει 7 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο, εκ των οποίων οι 1,2 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα και οι 65.000 είναι παιδιά (WHO 2017b, Dobe 2012).

- Η κατανάλωση αλκοόλ στους ενήλικες

Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί κύριο παράγοντα που επηρεάζει την υγεία των ανθρώπων, προκαλώντας αναπηρίες ή και θάνατο. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την υγεία, καθώς δύναται να προκαλέσει καρδιακά προβλήματα, εγκεφαλικό, ορισμένους τύπους καρκίνου και κύρωση του ήπατος. Αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα και η μέτρια κατανάλωση αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Συμβάλλει ακόμα σε τροχαία ατυχήματα και επηρεάζει αρνητικά την πνευματική διαύγεια και ψυχική υγεία του ανθρώπου, προκαλώντας αυτοκτονίες ή δολοφονίες. Εκτιμάται ότι κατά προσέγγιση το 7% των ανδρών και το 2% των γυναικών που απεβίωσαν το 2016 σε παγκόσμιο επίπεδο, οφείλεται στην κατανάλωση αλκοόλ (OECD 2019).

- Η χρήση οπιοειδών

Τα οπιοειδή είναι ναρκωτικά φάρμακα που χορηγούνται για την καταπράυνση από δυνατό και έντονο πόνο σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Ωστόσο, η παράνομη χρήση οπιοειδών για μη ιατρικούς σκοπούς, έχει λάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ τα τελευταία χρόνια ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Αυστραλία και κάποιες από τις ευρωπαϊκές χώρες, έχουν αναπτύξει μια δυναμική αγορά παράνομης διακίνησης ναρκωτικών. Επιπλέον, οι θάνατοι από ναρκωτικά αυξήθηκαν από το 2011 στο 2016 κατά 20%, με μεγάλη αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Σουηδία, τον Καναδά, την Αγγλία, την Ουαλία και τη Λιθουανία. Μάλιστα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, εξαιτίας των πρόωρων θανάτων από τη χρήση ναρκωτικών, το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων μειώθηκε, γεγονός που είχε να συμβεί πάνω από μισό αιώνα (OECD 2019).

- Η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα των ενηλίκων

Η υγιεινή διατροφή σχετίζεται με τη βελτιωμένη υγεία, καθώς μειώνει τον κίνδυνο για καρδιοαναπνευστικά προβλήματα και διάφορους τύπους καρκίνου (Graf and Cecchini 2017). Επιπλέον, η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντική για την υγεία του ανθρώπου, ενώ τονίζεται ότι η σωματική άσκηση δε βελτιώνει μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία (Warburton and Bredin 2017).

- Η παχυσαρκία στους ενήλικες

Η παχυσαρκία αποτελεί μεγάλο παράγοντα κινδύνου για την υγεία, καθώς μπορεί να προκαλέσει πλήθος μη μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη, των καρδιοαναπνευστικών παθήσεων και διάφορων τύπων καρκίνου. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, σε σχέση με το 2000, το 2017 τα ποσοστά παχυσαρκίας αυξήθηκαν όχι μόνο σε χώρες που ήδη υπήρχε πρόβλημα παχυσαρκίας στον ενήλικο πληθυσμό, αλλά ακόμα και σε χώρες που το 2000 δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα (OECD 2019).

- Η παιδική παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, από το σύγχρονο τρόπο ζωής και από τη γενετήσια προδιάθεση. Ο δείκτης παιδικής παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο αυξάνει, καθώς από το 1990 έως το 2016 ανέβηκε από το 20,5% στο 31,4%. Τα αποτελέσματα αυτά προέκυψαν από έρευνα του ΟΟΣΑ σε 35 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Τα παιδιά με προβλήματα βάρους αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης ή μεταβολικών διαταραχών. Επιπλέον, σε ψυχολογικό επίπεδο, η παχυσαρκία δύναται να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση του παιδιού, σε διατροφικές διαταραχές και κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά στη συμμετοχή του σε εκπαιδευτικές και αθλητικές δραστηριότητες, ενώ αποτελεί σοβαρό παράγοντα πρόβλεψης της παχυσαρκίας, όταν πλέον το παιδί ενηλικιωθεί (WHO 2018b).

- Η μόλυνση του περιβάλλοντος και οι ακραίες θερμοκρασίες

Η περιβαλλοντολογική μόλυνση αποτελεί μεγάλο κίνδυνο θανάτου, όπως επίσης και οι ακραίες θερμοκρασίες, οι οποίες συνιστούν τις συνέπειες της κλιματικής αλλαγής. Εκτιμάται ότι από 6 έως 9 εκατομμύρια πρόωροι θάνατοι παγκοσμίως, θα οφείλονται έως το έτος 2060 σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου (OECD 2019).

### *1.2.3 Επίπεδα πρόληψης*

Το επίπεδο της πρόληψης καθορίζεται από το χρονικό διάστημα που αυτή ασκήθηκε, κατά τη διαδρομή ενός νοσήματος. Χωρίζεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατα στη διεθνή βιβλιογραφία εισήχθη και η τεταρτογενής πρόληψη, μέσω της αναφοράς του ΠΟΥ και σε αυτό το επίπεδο (WHO

2015). Στη συνέχεια της παρούσας εργασίας, θα γίνει προσπάθεια αποσαφήνισης των επιπέδων πρόληψης, καθώς και των πεδίων εφαρμογής τους.

Οι υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης αναφέρονται σε ενέργειες που αποτρέπουν την εκδήλωση μιας ασθένειας. Αποσκοπούν δηλαδή στο να αποτρέψουν τη νόσηση με την απομάκρυνση ή τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (Dobe 2012). Το στάδιο αυτό μπορεί να περιλαμβάνει δράσεις εμβολιασμού παιδιών, ενηλίκων και ηλικιωμένων και εμβολιασμό του πληθυσμού στα πλαίσια προφύλαξης πριν την έκθεση σε κάποια μεταδοτική ασθένεια. Επιπλέον, περιλαμβάνει συμβουλές και πληροφόρηση για ανθυγιεινές συνήθειες και παράγοντες κινδύνου, με σκοπό τη μείωση των παραγόντων αυτών τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινότητας. Σε πρωτογενές επίπεδο, πολύ σημαντικές είναι και οι δράσεις αναφορικά με τη σωστή και υγιεινή διατροφή (WHO 2015).

Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο και στην έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση για να αποτρέψει την εκδήλωσή της. Η έγκαιρη ανίχνευση μιας ασθένειας, δύναται να οδηγήσει σε βελτιωμένες πιθανότητες για θετικά αποτελέσματα για την υγεία (Sbarouni et al 2020). Περιλαμβάνει δράσεις και προγράμματα για πρώιμη ανίχνευση ασθενειών, όπως για παράδειγμα την εξέταση προστάτη για τον ανδρικό πληθυσμό ή τον ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο με το τεστ Παπανικολάου και τη μαστογραφία (Danaei 2012). Περιλαμβάνει ακόμα προγράμματα σχετικά με την υγεία των εγκύων και των βρεφών, όπως τον προγεννητικό έλεγχο. Επιπλέον, στη δευτερογενή πρόληψη θεωρείται απαραίτητος ο προσυμπτωματικός έλεγχος, στον οποίο συγκαταλέγονται και οι ακτινολογικές εξετάσεις και όποιος άλλος έλεγχος πραγματοποιείται με σκοπό την έγκαιρη και πρώιμη διάγνωση της ασθένειας (WHO 2017a).

Η τριτογενής πρόληψη σχετίζεται με υπηρεσίες που προωθούν καλύτερη ποιότητα ζωής για όσους ήδη ζουν με ασθένειες. Ο ρόλος της επεκτείνεται στον τομέα της αποκατάστασης και της κοινωνικής ένταξης. Αποσκοπεί στον περιορισμό των επιπλοκών, την αναπηρία και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μετά την εμφάνιση της νόσου. Πολλές φορές, η τριτογενής πρόληψη συγχέεται με την θεραπευτική αλλά στην ουσία λειτουργεί συμπληρωματικά με αυτήν. Για παράδειγμα, μετά τη νόσηση από έμφραγμα, η τριτογενής πρόληψη επιδιώκει την αλλαγή του τρόπου ζωής του συγκεκριμένου ατόμου, με σκοπό την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσής του. Περικλείονται επομένως σε αυτό το επίπεδο πρόληψης, οι ενέργειες εκείνες που

στοχεύουν στη μείωση του επιπολασμού, της χρόνιας ανικανότητας και των υποτροπών της αρρώστιας. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό παράδειγμα τριτογενούς πρόληψης αποτελούν τα προγράμματα παρηγορητικής και ανακουφιστικής φροντίδας στους καρκινοπαθείς (Πετρέλης και Δομάγερ 2016).

Η τεταρτογενής πρόληψη σχετίζεται με την αποφυγή της υπερβολικής ιατρικής περίθαλψης των ασθενών, την προστασία τους από περιττές παρεμβάσεις και την πρόταση δεοντολογικών εναλλακτικών λύσεων (WHO 2015).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οργανώνοντας τις δράσεις πρόληψης με τη μεγαλύτερη δυνατή πληρότητα των γνώσεων, καθίσταται εφικτό να εντοπιστούν οι κίνδυνοι υγείας και να καταργηθούν οι αιτίες που τους προκαλούν (Δαρβίρη 2010). Αξίζει να σημειωθεί ότι στις αναπτυγμένες κοινωνίες οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα χρόνια νοσήματα. Τα νοσήματα αυτά είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε διάφορους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προκαλούν τη νόσο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2014), για το έτος 2012 οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες αποτέλεσαν παγκοσμίως την πρώτη αιτία θανάτου και πιο συγκεκριμένα το 68%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 40% από αυτούς αφορούσε ανθρώπους κάτω των 70 ετών και ότι η συντριπτική πλειοψηφία τους (82%) αφορά σε κοινωνίες πολιτών με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα.

Στη σχετική αναφορά του ΠΟΥ αναφορικά με τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες, τονίζεται ο στόχος της επίτευξης μείωσης των θανάτων παγκοσμίως από αυτές τις αιτίες κατά 40% έως το έτος 2025. Τονίζεται ακόμα μεταξύ άλλων ότι για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, πρέπει τα κράτη να ενημερώνουν τους πολίτες σχετικά με τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος ή του αλκοόλ, να σταματήσουν την αύξηση της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη, να ενισχύσουν την πρόληψη των εμφραγμάτων και των εγκεφαλικών, να μειώσουν τον υπερτασικό πληθυσμό, να αυξήσουν τη φυσική του δραστηριότητα και να χρησιμοποιούν την εξέλιξη της τεχνολογίας σε όφελος της ενημέρωσης (WHO 2014). Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στην αιτιολογική διαδικασία εμφάνισης του νοσήματος έχει ως σκοπό την πρόληψη της νόσου και την αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι δυνατό (Λάγιου 2013).

Οι ανωτέρω επιδιώξεις του ΠΟΥ επισημαίνουν τη σημασία της πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο. Αποτελεί την καλύτερη επένδυση που μπορεί μια χώρα να κάνει όχι

μόνο για τον πληθυσμό της, ώστε να τον εξυγιάνει ή να τον διατηρήσει υγιή, αλλά και γιατί στο τέλος και η ίδια η χώρα ωφελείται, εξοικονομώντας ένα μεγάλο μέρος των υπέρογκων φαρμακευτικών και νοσηλευτικών εξόδων που γλιτώνει, επενδύοντας ένα μικρό μέρος του προϋπολογισμού της στην πρόληψη (Πετρέλης και Δομάγερ 2016).

### 1.3 Αγωγή Υγείας

Τη δεκαετία του 1970, ο όρος αγωγή υγείας χρησιμοποιήθηκε για την περιγραφή των δράσεων που πραγματοποιούνταν για τον πληθυσμό, με στόχο την παροχή γνώσεων, όχι μόνο για τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων αλλά και για την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς τους σε θέματα που αφορούν την υγεία. Ωστόσο, τη δεκαετία του 1980, αναπτύχθηκε έντονος διάλογος για την αποσαφήνιση και το διαχωρισμό του όρου αγωγή υγείας σε σχέση με τον όρο προαγωγή υγείας (Ewles and Simnett 2005). Στη συνέχεια της παρούσας εργασίας θα επιχειρήσουμε την αποσαφήνιση των δύο όρων, ξεκινώντας από την ανάλυση της αγωγής υγείας.

Η αγωγή υγείας σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ και επιχειρεί να αυξήσει το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού, καθώς και την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητά του σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Στόχος της είναι η αλλαγή στάσεων και η υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών από την πλευρά των πολιτών, με την προσδοκία της πρόληψης και της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας και, κατά συνέπεια, της βελτίωσης της υγείας τους. Στην πραγματικότητα, η αγωγή υγείας είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία, κατά την οποία η μετάδοση γνώσεων πραγματοποιείται μέσω της χρήσης κατάλληλων επικοινωνιακών μέσων. Επιπλέον, η θεματολογία των προγραμμάτων αγωγής υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες του πληθυσμού – στόχου και, επομένως, έχει ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα, όπως για παράδειγμα την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ ή την σεξουαλική συμπεριφορά (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

#### 1.3.1 Ταξινόμηση της Αγωγής Υγείας σύμφωνα με τα επίπεδα πρόληψης

Τα προγράμματα αγωγής υγείας ταξινομούνται, σύμφωνα με την προσέγγιση της πρόληψης, στα εξής επίπεδα:

- Πρωτοβάθμια Αγωγή Υγείας



Τα προγράμματα πρωτοβάθμιας αγωγής υγείας απευθύνονται στον υγιή πληθυσμό και αποσκοπούν στην πρόληψη εμφάνισης κινδύνων που απειλούν την υγεία και τη ζωή, αλλάζοντας τη συμπεριφορά των ατόμων και των κοινοτήτων. Το μεγαλύτερο μέρος των προγραμμάτων εμπίπτει στην πρόληψη της νόσου και των παραγόντων κινδύνου, επιχειρώντας την κατάργηση εκείνων των αιτιών που δύνανται να καταργηθούν, για τη διαφύλαξη της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας. Οι δραστηριότητες πρωτοβάθμιας αγωγής υγείας επιχειρούν τα ίδια τα άτομα να συμμετέχουν ενεργητικά στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας τους, ενώ τα θέματα που πραγματεύεται είναι ενδεικτικά η υγιεινή, η αντισύλληψη, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η διατροφή και οι κοινωνικές δεξιότητες (Δαρβίρη 2010).

- Δευτεροβάθμια Αγωγή Υγείας

Τα προγράμματα δευτεροβάθμιας αγωγής υγείας στοχεύουν όχι μόνο στα άτομα που χαρακτηρίζονται υγιή αλλά και σε εκείνα που χαρακτηρίζονται άρρωστα και βρίσκονται στο πρώτο στάδιο εκδήλωσης μιας νόσου ή διαταραχής. Επιχειρούν την αντιμετώπιση των κινδύνων που δεν αντιμετωπίστηκαν σε πρωτογενές επίπεδο και προσανατολίζονται στην πρόωμη διάγνωση, μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου και των οργανωμένων προληπτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, οι δράσεις σε αυτό το επίπεδο προσπαθούν να βελτιώσουν ή να επαναφέρουν την καλή υγεία του πληθυσμού – στόχου, γεγονός που ενδέχεται να σχετίζεται με την αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς και την ενίσχυση της ενεργούς συμμετοχής του, όπως για παράδειγμα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, συμμόρφωσης στο κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα ή ακόμα και ανάπτυξη δεξιοτήτων για την ενίσχυση της αυτοφροντίδας (Tones and Tilford 2001).

- Τριτοβάθμια Αγωγή Υγείας

Σε αυτό το επίπεδο, η αγωγή υγείας απευθύνεται σε άτομα τα οποία ήδη νοσούν από ασθένειες μη αναστρέψιμες, όπως οι περιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων, της αναπηρίας ή της μόνιμης ανικανότητας. Επιδιώκεται η εκπαίδευση των ασθενών και των ανθρώπων που τους φροντίζουν, ώστε να περιοριστούν οι δυσκολίες και οι επιπλοκές της ασθένειας, για τη διευκόλυνση της επαγγελματικής και κοινωνικής προσαρμογής και επανένταξής τους. Επιπλέον, η επιτυχία κάθε θεραπευτικού σχήματος εξαρτάται από τη σωστή ενημέρωση του ασθενούς και την ενεργό συμμετοχή του στη θεραπευτική του αγωγή. Επομένως, τα προγράμματα τριτοβάθμιας αγωγής υγείας στοχεύουν στην αποκατάσταση, στην προσαρμογή του ασθενούς στη νέα κατάσταση της υγείας του και, κυρίως, στους περιορισμούς που προκύπτουν από την ύπαρξη της νόσου, καθώς και στην αποφυγή υποτροπής μέσω της σωστής ενημέρωσης και συμβουλευτικής (Δαρβίρη 2010).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η αγωγή υγείας αποτελεί ένα εργαλείο για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού – στόχου, ενώ μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σχολείο, στον εργασιακό χώρο ή στην κοινότητα γενικότερα. Οι σύγχρονες τάσεις απαιτούν το σχεδιασμό των προγραμμάτων αγωγής υγείας από διεπιστημονικές ομάδες (παιδαγωγούς, ψυχολόγους, γιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαιευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά.), από τις οποίες δημιουργείται ένα περιβάλλον ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης και συμβουλευτικής (Λάγιου 2013). Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι η αγωγή υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της προαγωγής υγείας και μία από τις βασικότερες εκφράσεις της (Δαρβίρη 2010).

## 1.4 Προαγωγή Υγείας

### 1.4.1 Ορισμός

Για την προαγωγή υγείας έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί, εκ των οποίων ο πλέον διαδεδομένος είναι εκείνος που προέκυψε από το Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή Υγείας στην Οττάβα του Καναδά το 1986. Σύμφωνα με αυτόν, ο όρος προαγωγή υγείας «αναφέρεται στη διαδικασία που παρέχει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν» (WHO 1987: 17). Στην πραγματικότητα, οι δράσεις για την προαγωγή της υγείας ουσιαστικά επιδιώκουν να καθιστούν το άτομο ικανό να διαφυλάττει, να προστατεύει και να διατηρεί το ίδιο την υγεία του.

### 1.4.2 Το 1<sup>ο</sup> Συνέδριο της Οττάβα για την προαγωγή υγείας

Το πρώτο διεθνές Συνέδριο για την προαγωγή της υγείας, πραγματοποιήθηκε στις 21 Νοεμβρίου 1986 στην Οττάβα του Καναδά. Σε αυτό συμμετείχαν 200 άνθρωποι από 38 διαφορετικές χώρες, μεταξύ των οποίων πολιτικοί, υγειονομικοί υπάλληλοι, ακαδημαϊκοί και εκπρόσωποι από εθελοντικές οργανώσεις. Σκοπός του Συνεδρίου ήταν να ανταλλάξουν εμπειρίες, απόψεις και γνώσεις αναφορικά με την προαγωγή υγείας. Το εν λόγω Συνέδριο πραγματοποιήθηκε βασιζόμενο στην πρόοδο που επετεύχθη μετά τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα και οι συμμετέχοντες συνηγόρησαν στο να υπάρχει πολιτική δέσμευση στην ισότητα της υγείας (Δαρβίρη 2010, WHO 1987).

Σύμφωνα με το «Χάρτη της Οττάβα», οι βασικές προϋποθέσεις για την εξασφάλιση της υγείας των ανθρώπων είναι οι εξής:

- Ειρήνη
- Στέγη
- Εκπαίδευση
- Διατροφή
- Εισόδημα
- Σταθερότητα του περιβάλλοντος
- Εξασφάλιση των βασικών πόρων
- Κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα (WHO 2012).

Επιπλέον, οι στόχοι που τέθηκαν για την προαγωγή της υγείας στο Συνέδριο της Οττάβα ήταν οι κάτωθι:

1. Να μειωθούν οι ανισότητες που υπάρχουν στην υγεία και να είναι οι πολιτικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί, συμπεριφορικοί και βιολογικοί παράγοντες ευνοϊκοί για τη διασφάλιση της υγείας.
2. Να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες με σκοπό να είναι ικανοί όλοι οι άνθρωποι να αναπτύξουν όλο το δυναμικό υγείας, μειώνοντας τις διαφορές στην τρέχουσα κατάσταση της υγείας και εξασφαλίζοντας ίσες ευκαιρίες και πόρους, ώστε να έχουν τη δυνατότητα όλοι οι άνθρωποι να επιτύχουν το μεγαλύτερο δυνατό δυναμικό της υγείας τους.
3. Να προστατευτεί η υγεία του ανθρώπου και του περιβάλλοντος από οποιαδήποτε απειλή.
4. Να δράσουν συντονισμένα και οργανωμένα όλοι οι υπεύθυνοι φορείς, ώστε να διαφυλάξουν την υγεία των ανθρώπων από διάφορα συμφέροντα που ενδέχεται να την απειλούν. Επισημαίνεται ότι οι προοπτικές για την υγεία δεν μπορούν να διασφαλιστούν μόνο από τον τομέα της υγείας, αλλά απαιτείται συντονισμένη δράση και από άλλους τομείς, όπως κυβερνήσεις, μη κυβερνητικές και εθελοντικές οργανώσεις, τοπικές αρχές, βιομηχανία και μέσα ενημέρωσης (WHO 2012, Δαρβίρη 2010).

Από το 1986 που πραγματοποιήθηκε στην Οττάβα το 1<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Συνέδριο για την προαγωγή υγείας, έλαβαν χώρα και άλλα Συνέδρια σε διάφορες χώρες του κόσμου. Η

πιο πρόσφατη Διακήρυξη για την προαγωγή υγείας πραγματοποιήθηκε στη Σαγκάη της Κίνας το Νοέμβριο του 2016. Στη «Διακήρυξη της Σαγκάη σχετικά με την προαγωγή υγείας στην Ατζέντα του 2030 για Βιώσιμη Ανάπτυξη», αναγνωρίστηκε ότι η υγεία αποτελεί πολιτική επιλογή και ότι η προαγωγή της απαιτεί συντονισμένη δράση από όλους τους εμπλεκόμενους. Αποτελεί συνεπώς υπευθυνότητα μοιρασμένη σε όλη την κοινωνία, ώστε να εξαλειφθούν οι ανισότητες στην υγεία. Τονίστηκε στη Διακήρυξη της Σαγκάη ότι η επιτάχυνση της εφαρμογής της προαγωγής υγείας αποτελεί πολιτική δέσμευση, για την οποία θα επιδιώξουν να απομακρύνουν κάθε εμπόδιο, ειδικά για τις γυναίκες και τα παιδιά του κόσμου.

Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι οι βάσεις για την υγεία των ανθρώπων δημιουργούνται στην καθημερινή τους ζωή, εκεί όπου ζουν, ερωτεύονται, εργάζονται, φωνίζουν και παίζουν. Δεν μπορεί πλέον να διαχωρίζεται η υγεία από το περιβάλλον και την οικονομική ανάπτυξη, ενώ από μόνη της η οικονομική ευημερία δεν εγγυάται την υγεία. Η υγεία όμως αποτελεί τον πλέον αποτελεσματικό δείκτη της βιώσιμης ανάπτυξης οποιασδήποτε πόλης και συνεισφέρει στη δημιουργία πόλεων χωρίς αποκλεισμούς και με βάση την ασφάλεια για όλους τους πολίτες (Shanghai Declaration 2016).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι χώροι στους οποίους μπορούν να διεξαχθούν δράσεις για την προαγωγή της υγείας είναι παρόμοιοι με αυτούς της άσκησης της ΠΦΥ: η οικογένεια, η εργασία, το σπίτι, το σχολείο, το κοινωνικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον, οι χώροι αναψυχής. Οι δραστηριότητες, υπό το πλαίσιο της προαγωγής υγείας, αναφέρονται αφενός στην ενδυνάμωση του ατόμου και, αφετέρου, στην υποστήριξη αλλαγών στο κοινωνικό, οικονομικό, νομικό και πολιτικό πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

Επιπλέον, πολύ σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι η προαγωγή υγείας, όπως άλλωστε και η ΠΦΥ, στοχεύει στο σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε διεθνές επίπεδο, έχει υιοθετηθεί η στρατηγική του ΠΟΥ, τα βασικά σημεία της οποίας είναι τα εξής:

- Ανάπτυξη πολιτικών δημόσιας υγείας, για την προάσπιση της υγείας, η οποία δεν αφορά μόνο τις υπηρεσίες υγείας, αλλά ολόκληρη την κοινωνία.
- Δημιουργία ενός περιβάλλοντος, το οποίο θα υποστηρίζει την υγεία του πληθυσμού, βελτιώνοντας τον τρόπο ζωής του και τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζεται το φυσικό περιβάλλον.

- Κινητοποίηση ολόκληρης της κοινότητας. Για το σκοπό αυτό, απαιτείται να εκπαιδευτούν με τέτοιο τρόπο οι επαγγελματίες υγείας, ώστε να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας που θα τους επιτρέψουν να δημιουργήσουν ένα κλίμα εποικοδομητικής επικοινωνίας και αποδοτικής συνεργασίας με τους πολίτες.

- Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Η νοσοκομειοκεντρική, ιατροκεντρική προσέγγιση της υγείας, κατά την οποία στο κέντρο της βρίσκεται η θεραπεία της ασθένειας, υποχωρεί διεθνώς. Η υγεία του πληθυσμού ευθύνης αντιμετωπίζεται ολιστικά προς όφελος της ΠΦΥ και της διεπιστημονικής οργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015, Vivilaki et al 2005).

Συνοψίζοντας, τα κύρια θέματα με τα οποία πραγματεύεται η προαγωγή υγείας είναι η βελτίωση της υγείας, η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, η παρακολούθηση του τρόπου ζωής της κοινότητας για τον εντοπισμό προβληματικών για την υγεία συμπεριφορών και η πληροφόρηση και εκπαίδευση, με σκοπό να καταστούν τα άτομα ικανά να παίρνουν αποφάσεις προς όφελος της υγείας τους (Δαρβίρη 2010). Επιπρόσθετα, τα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης της δημόσιας υγείας που εφαρμόζονται στην ΠΦΥ απευθύνονται σε υγιή άτομα και έχουν στόχο να προλάβουν την εμφάνιση της κακής υγείας. Μπορεί να περιλαμβάνουν την παροχή πληροφοριών, τη διερεύνηση αξιών και στάσεων ή την απόκτηση δεξιοτήτων για αλλαγή μιας συμπεριφοράς. Συνεπώς, η πρωτοβάθμια αγωγή υγείας ενδιαφέρεται όχι μόνο για την πρόληψη της ασθένειας αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής (Ewles and Simnett 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δεδομένου ότι οι παροχές υγείας πρέπει να είναι δικαίωμα όλων των ανθρώπων, όπου κι αν ζουν, τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής αποτελούν το βασικό πυλώνα για την εξασφάλιση του δικαιώματος αυτού. Τα μέτρα φροντίδας μπορεί να αφορούν το άτομο, την οικογένεια, συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού ή ακόμα και ολόκληρη την κοινότητα (Ross and de Saxe Zerden 2020).

### 2.1 Επίπεδα εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής

#### 2.1.1 Σε ατομικό επίπεδο

Ως προς το άτομο, τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής μπορεί να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις ανοσοποίησης, προσυμπτωματικό έλεγχο για διάφορες ασθένειες όπως τον καρκίνο του μαστού ή τον καρκίνο της μήτρας, εκπαίδευση διατροφής της εγκύου, εκπαίδευση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη αναφορικά με τη χορήγηση ινσουλίνης ή και φυσιοθεραπεία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Λάγιου 2013). Η ΠΦΥ, μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου, συμβάλλει στην πρόωμη διάγνωση της νόσου, πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα, συμβάλλοντας στην μείωση του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων ασθενειών και στην θεραπεία, αποκατάσταση και διάρκεια εξέλιξης αυτών (Πετρέλης 2016).

Πράγματι, μελετώντας τα έξοδα για την υγεία παγκοσμίως, διαπιστώνει κανείς ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί δραματικά. Αυτό οφείλεται, εκτός από τη γήρανση του πληθυσμού, που αυτόματα συνεπάγεται και μεγαλύτερες ανάγκες για την υγεία, στις χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα, στις χρόνιες παθήσεις πηγαίνει το 75% των χρημάτων που διατίθενται για την υγεία στις ανεπτυγμένες χώρες (Μαζαράκη 2012). Για παράδειγμα, η πρόωμη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη μέσα από τον προσυμπτωματικό έλεγχο, μπορεί να δώσει στον ασθενή καλύτερη ποιότητα ζωής, καθώς μπορεί να προλάβει την επιδείνωση της υγείας του και να μη χρειαστεί να προχωρήσει σε ενέσεις ινσουλίνης ή ακόμα και ακρωτηριασμούς του διαβητικού ποδιού. Επιπρόσθετα, η πρόωμη αυτή παρέμβαση, είναι ευνόητο ότι εκτός από την ποιότητα ζωής του ασθενή,

εξοικονομεί τεράστια ποσά για το σύστημα υγείας, από τις δαπάνες που θα είχε χωρίς την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

### *2.1.2 Σε επίπεδο οικογένειας*

Όσον αφορά στις οικογένειες, δύναται σε επίπεδο πρόληψης και προαγωγής της υγείας να υπάρξει ενημέρωση και εκπαίδευση για το κάπνισμα ή για θέματα διατροφής και παχυσαρκίας, με απώτερο στόχο την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων και του καρκίνου. Επιπλέον, άλλα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής σε επίπεδο οικογένειας σχετίζονται με τα μέτρα για επαρκή στέγαση, την προγεννητική φροντίδα και την αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου (φάρμακα, κάπνισμα, ακτινοβολίες) με σκοπό την πρόληψη ανωμαλιών ή επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη συμβουλευτική της οικογένειας σε περιόδους κρίσης, που μπορεί να σχετίζονται με τη διαχείριση πένθους ή διαζυγίου και ακόμα, έλεγχο του εμβολιασμού Mantoux σε οικογένειες υψηλού κινδύνου (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

### *2.1.3 Σε ομάδες του πληθυσμού*

Τα μέτρα πρόληψης και προαγωγής υγείας σχετικά με διάφορες ομάδες του πληθυσμού, μπορεί να σχετίζονται με το σχολικό περιβάλλον, όπως για παράδειγμα με την ενημέρωση των μαθητών σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) και το AIDS, με την ενημέρωση σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού στις σεξουαλικές επαφές ή ακόμα και με τον έλεγχο εμβολιαστικής κάλυψης ή τον οφθαλμολογικό έλεγχο των μαθητών. Άλλη ομάδα ενδεχομένως να είναι, για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι με σωματική αναπηρία μιας περιοχής, στους οποίους δύναται να πραγματοποιηθούν δράσεις κολύμβησης, η διενέργεια μαστογραφιών σε γυναίκες που κατοικούν μόνιμα σε μια απομακρυσμένη περιοχή, μέσα από κινητές μονάδες ή ακόμα και η διοργάνωση ομάδων αυτοβοήθειας σε περιπτώσεις εξαρτήσεων (Ross and de Saxe Zerden 2020).

### *2.1.4 Σε επίπεδο κοινότητας*

Σχετικά με την κοινότητα, τα μέτρα πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνουν την πρόληψη υδατογενών λοιμώξεων μέσα από την εξασφάλιση καθαρού δικτύου πόσιμου νερού ή την πρόληψη της τερηδόνας μέσω της φθορίωσης του νερού. Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνουν την περιβαλλοντική υγιεινή, τη διοργάνωση εμβολιασμών για την πρόληψη λοιμωδών νόσων, την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας για την

πρόληψη των ατυχημάτων και των χρόνιων νοσημάτων μετά από έκθεση σε παράγοντες κινδύνου και την πρόληψη των πνευμονοπαθειών και νεοπλασιών μέσα από τον έλεγχο της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Δύνανται ακόμα να σχετίζονται με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για άτομα με ψυχικά νοσήματα, τα κέντρα μετεγκατάστασης για σεισμόπληκτους και πολλές άλλες δράσεις (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

Στη συνέχεια της εργασίας, θα αναφερθούμε διεξοδικά σε ορισμένα από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας που εφαρμόζονται όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό. Τα εν λόγω προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας επιλέχθηκαν από την πληθώρα των δράσεων που εφαρμόζονται σε παγκόσμιο επίπεδο, λόγω των συνθηκών που επικρατούν σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού. Συγκεκριμένα, είναι μείζονος σημασίας να αναλυθεί ο εμβολιασμός και η σπουδαιότητά του στην πορεία της ανθρωπότητας για τη σωτηρία ανθρώπινων ζώων, η σύνδεση της ΠΦΥ με την ψυχική υγεία του πληθυσμού, ενώ θα γίνει αναφορά και στις Κινητές Μονάδες Υγείας, που συντελούν στην ενίσχυση και αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ κατά την περίοδο της πανδημίας.

## 2.2 Εμβολιασμός

Το μεγαλύτερο επίτευγμα του περασμένου αιώνα στον τομέα της ιατρικής, αδιαμφισβήτητα είναι η ανακάλυψη των εμβολίων. Τα εμβόλια έσωσαν και συνεχίζουν να σώζουν εκατομμύρια ανθρώπους, καθώς αποτελούν όπλο πρόληψης για προστασία από διάφορες ασθένειες. Με τη χρήση τους εξαφανίστηκαν από τον πλανήτη μας θανατηφόρες ασθένειες όπως για παράδειγμα η πανώλη, η ευλογιά και ο επιδημικός τύφος (Περσιάνης 2011).

Το πρώτο εμβόλιο που αναφέρεται στην ιστορία της Ιατρικής είναι το εμβόλιο εναντίον της ευλογιάς. Η επιδημία της ευλογιάς ξεκίνησε περίπου το 1350 π. Χ. στην αρχαία Αίγυπτο και στη Ασία, ενώ στην Ευρώπη έφθασε τον 5<sup>ο</sup> – 7<sup>ο</sup> αιώνα μ. Χ. Αξίζει να σημειωθεί ότι τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, μόνο στη Ευρώπη πέθαναν πάνω από 60 εκατομμύρια άνθρωποι από ευλογιά, ενώ το ένα τρίτο όσων επέζησαν, έμειναν τυφλοί. Το 1796, ο Βρετανός παθολόγος Edward Jenner (1749 - 1823) παρατήρησε πως όσες γυναίκες άρμεγαν αγελάδες, παρουσίαζαν φυσαλίδες στα χέρια τους και δε νοσούσαν από ευλογιά. Ο Jenner χρησιμοποίησε το υγρό από τις φυσαλίδες αυτές και εμβολίασε ένα οκτάχρονο αγόρι, τον James Phipps. Το παιδί δε νόσησε, όταν αργότερα ήρθε σε επαφή με άτομα



που έπασχαν από ευλογιά. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκε το πρώτο εμβόλιο στην ιστορία της παγκόσμιας ιατρικής, με αποτέλεσμα η ευλογιά να αποτελεί παρελθόν από το 1978, με την ανακοίνωση του ΠΟΥ στη Γενεύη στις 8 Μαΐου του 1980 για την πλήρη εξάλειψη της ευλογιάς σε όλο τον κόσμο (Riedel 2005, WHO 1979).

Μία άλλη μεταδοτική ασθένεια που πρωτοεμφανίστηκε στην Ασία, εξαπλώθηκε στην Αφρική και από εκεί σε όλο τον κόσμο, είναι η πανώλη. Η πρώτη επιδημία πανώλης που αναφέρεται στην ιστορία, συνέβη στα μέσα του 11ου αιώνα π.Χ., ενώ το 1347 μ.Χ. έφθασε στην Ευρώπη. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι το 1770, από την επιδημία πανώλης πέθαναν σε παγκόσμιο επίπεδο πάνω από 95 εκατομμύρια άνθρωποι. Αναφέρεται μάλιστα πως ο αριθμός των θυμάτων ήταν τόσο μεγάλος, που δεν υπήρχαν αρκετοί ζωντανοί για να θάψουν τους νεκρούς. Ο Άγγλος γιατρός Whyte ήταν ο πρώτος που επιχείρησε να παρασκευάσει εμβόλιο κατά της πανώλης το 1801 και το χορήγησε στον εαυτό του και στους τέσσερις βοηθούς του, με αποτέλεσμα να αποβιώσουν και οι πέντε λίγες μέρες μετά. Το εμβόλιο δημιουργήθηκε πολύ αργότερα, το 1897, από το Ρώσο γιατρό Woldemar Haffline (Περσιάνης 2011, Orent 2004).

Σε αυτό το σημείο θα γίνει αναφορά στη σύγχρονη εποχή και στο εμβόλιο κατά του ιού HPV. Ο ιός HPV αποτελεί το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, δεν έχει κλινικά συμπτώματα και συνήθως εντοπίζεται με το τεστ Παπανικολάου. Σχεδόν το 40% του γυναικείου πληθυσμού φέρει τον ιό και μπορεί να θεωρηθεί ύπουλος, αφού οι άνδρες που τον μεταφέρουν, δεν έχουν καμία κλινική εκδήλωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τύποι υψηλού κινδύνου του ιού HPV ευθύνονται για σχεδόν το σύνολο των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Το Δεκέμβριο του 2003, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνεδρίασε σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου, συστήνοντας στα κράτη – μέλη, μεταξύ άλλων, να εφαρμόσουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου (Council of the European Union 2003). Τον Ιανουάριο του 2008, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC 2012) δημιούργησε τον Οδηγό εμβολίων κατά του ιού HPV, ζητώντας από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να εισάγουν το πρόγραμμα εμβολιασμού στις νέες γυναίκες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι την περίοδο καταγραφής της παρούσας εργασίας, όλος ο πλανήτης πλήττεται από την πανδημία του κορωνοϊού και καταβάλλονται τεράστιες προσπάθειες για τον εμβολιασμό του. Η παγκόσμια ιατρική κοινότητα κατόρθωσε με συντονισμένες προσπάθειες τη δημιουργία εμβολίου κατά του ιού μέσα σε πολύ σύντομο

χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι ο ΠΟΥ κήρυξε ως πανδημία τον COVID - 19 μόλις πριν από ένα χρόνο, στις 30 Ιανουαρίου 2020 (Sönmez et al 2020). Στη χώρα μας ήδη έχουν ξεκινήσει να χορηγούνται τα πρώτα εμβόλια, κυρίως στο υγειονομικό προσωπικό, με στόχο σταδιακά να εμβολιαστεί το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, ο εμβολιασμός έχει προσφέρει τεράστια οφέλη για την υγεία, καθώς και κοινωνικοοικονομικά οφέλη όχι μόνο για τα ίδια τα άτομα αλλά και την κοινωνία ως σύνολο. Πρόκειται για μια από τις πλέον αποδοτικές οικονομικά παρεμβάσεις δημόσιας υγείας και το μέτρο πρώτης επιλογής για την πρωτογενή πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο εμβολιασμός σήμερα σώζει από 1 έως 3 εκατομμύρια ζωές ετησίως (European Commission 2018). Δυστυχώς όμως υπάρχουν ασθένειες που προκαλούν ακόμα το θάνατο σε εκατομμύρια άτομα, κυρίως σε αφρικανικές και ασιατικές χώρες, όπως η φυματίωση και η ιλαρά. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι πρέπει να τηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο οι στόχοι της Άλμα – Άτα, να μην υπάρχουν πολίτες δεύτερης κατηγορίας και η υγεία να είναι πάντα δικαίωμα για όλους.

### 2.3 Προγράμματα ψυχικής υγείας και ΠΦΥ

Ο ρόλος της ΠΦΥ στην αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο είναι εξαιρετικά σημαντικός, όχι μόνο για την έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή τους σε ειδικούς, όσο και για τη φροντίδα που χρειάζονται οι άνθρωποι αυτοί στο οικείο οικογενειακό τους περιβάλλον. Όταν οι άνθρωποι ζουν με μία ψυχική διαταραχή, αυτό μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην καθημερινή τους ζωή. Πράγματι, η ύπαρξή της δύναται να επηρεάσει ως προς τις εκπαιδευτικές δυνατότητες, οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα ανεργίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και σε χειρότερη σωματική υγεία. Στη Νορβηγία και στη Γαλλία, το 50% των ασθενών που ενημερώθηκαν από το γιατρό τους ότι έχουν κάποια ψυχική πάθηση, θεώρησαν ότι μειώθηκε δραματικά η ικανότητά τους να εργαστούν και να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές τους συνήθειες. Συνεπώς, χωρίς αποτελεσματική θεραπεία και υποστήριξη, οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να έχουν καταστρεπτικές συνέπειες για τη ζωή ενός ανθρώπου, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στην αυτοκτονία (OECD 2019).

Η φροντίδα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και η πρόωπη ανίχνευση της ψυχικής νόσου συμβάλλουν στην έγκαιρη παραπομπή, διαχείριση και αντιμετώπισή της. Τονίζεται

μάλιστα πως η περίοδος που διανύουμε λόγω κορωνοϊού είναι εξαιρετικά πιεστική για την ψυχολογία των ανθρώπων που, για παράδειγμα, στην περίπτωση των εγκύων γυναικών, υπάρχει υποχρέωση από τα συστήματα υγείας ώστε όχι μόνο να ενισχύσουν το ανοσοποιητικό τους σύστημα για την προστασία τη δική τους και των αγέννητων παιδιών αλλά, κυρίως, να φροντίσουν την ψυχική και συναισθηματική τους υγεία (Yura et al 2020). Επιπρόσθετα, εκτός από το φόβο της διασποράς του ιού, οι άνθρωποι σήμερα καλούνται να αντιμετωπίσουν τις σημαντικές αλλαγές που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους, όπως την τηλεργασία, την ανεργία, την έλλειψη διά ζώσης επικοινωνίας με συγγενείς και φίλους, την τηλεκπαίδευση και για το λόγο αυτό δεν πρέπει να παραγκωνιστεί η σημασία της φροντίδας της πνευματικής υγείας του ανθρώπου (WHO 2021).

Η ΠΦΥ αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιτυχούς αντιμετώπισης και διαχείρισης των ψυχικών πιέσεων που προκύπτουν στον πληθυσμό, την περίοδο της πανδημίας. Είναι απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών των ευπαθών ομάδων και για τη διαχείριση των περιστατικών, προτού χρειαστεί να καταφύγουν σε νοσοκομείο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να ολοκληρώνονται μέσω της ΠΦΥ, με σκοπό να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, να μην περιθωριοποιούνται και να γίνεται η βέλτιστη διαχείριση των πόρων (Economou et al 2009). Πράγματι, ο ρόλος των μονάδων ΠΦΥ είναι να αποτελούν ενός είδους φίλτρο (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται σε αυτές, προτού προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τη μείωση της διασποράς του κορωνοϊού από το συνωστισμό στα νοσοκομεία, τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών, εξειδικευμένων υπηρεσιών και, κατ' επέκταση, τον περιορισμό των δαπανών (WHO 2020, Rust et al 2009).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες τον Αύγουστο του 2020, υπάρχει μεγάλη διαφορά στην ψυχική υγεία των πολιτών σε σχέση με την περίοδο πριν την έξαρση της πανδημίας. Συγκεκριμένα, το 36% των ερωτηθέντων ανέφεραν δυσκολίες στον ύπνο, το 32% ανέφεραν διατροφικές διαταραχές, υπήρξε αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ κατά 12%, ενώ τονίζεται ότι η κυβέρνηση έχει αυξήσει τις υπηρεσίες της για θέματα ψυχικής υγείας, μέσω της τηλεϊατρικής, με σκοπό να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού (Panchal et al 2020).

Εκτός από την πίεση της πανδημίας, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ασκούν πίεση στην ψυχική υγεία των ανθρώπων, όπως, για παράδειγμα, η οικονομική κρίση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία, αναφορικά με την επίδραση της κρίσης στην ψυχολογία των πολιτών, βρέθηκε ότι το 2010 αυξήθηκαν οι ψυχικές ασθένειες στην Ισπανία, με αύξηση των αγχωδών διαταραχών, των διαταραχών στη συμπεριφορά καθώς και της αύξησης κατανάλωσης αλκοόλ, σε σχέση με το 2006. Τα αποτελέσματα αυτά συνδέονταν με την αύξηση της ανεργίας, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Roca et al 2020).

## 2.4 Προγράμματα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην Ελλάδα

### 2.4.1 Σε σχολικό επίπεδο

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, κάθε χρόνο συντονίζουν και υλοποιούν δράσεις και παρεμβάσεις στο πλαίσιο αγωγής υγείας στις σχολικές μονάδες (Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων 2020). Στόχος των δράσεων αυτών είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του μαθητικού πληθυσμού σε θέματα δημόσιας υγείας. Η θεματολογία των εν λόγω εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθορίζεται από τα δύο Υπουργεία. Οι μονάδες ΠΦΥ συντονίζουν και οργανώνουν τις δράσεις τους και, πολλές φορές συνεργατικά, επισκέπτονται τα σχολεία της περιοχής ευθύνης τους. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για το σχολικό έτος 2020 – 2021, οι δράσεις που εγκρίθηκαν για τα σχολεία της Ελλάδας σχετίζονταν με την αγωγή στοματικής υγείας, την πρόληψη και διαχείριση της χρήσης καπνού στα σχολεία, την πρόληψη ατυχημάτων, την υγιή στάση σώματος, τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, τη διαφορετικότητα στη σχολική κοινότητα ως ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη και άλλα (Υπουργείο Υγείας 2021).

Ωστόσο, η πανδημία του κορωνοϊού είχε σαν αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων στη σχολική κοινότητα να μην πραγματοποιηθεί την τρέχουσα σχολική χρονιά. Τα σχολεία παραμένουν κλειστά για αρκετό χρονικό διάστημα και οι περιορισμοί στις μετακινήσεις για λόγους ασφαλείας της δημόσιας υγείας, έχουν περιορίσει κατά πολύ τις δράσεις στα σχολεία. Εξαιρέση αποτελούν τα προγράμματα σωστής χρήσης της μάσκας, καθώς και ενημέρωσης για το σωστό πλύσιμο των χεριών, διότι οι μονάδες ΠΦΥ ανέλαβαν, σύμφωνα με την Απόφαση ΔΠΑΠ49094/11-09-2020, τη σωστή ενημέρωση

του μαθητικού πληθυσμού με σκοπό τον περιορισμό της νόσου (Υπουργείο Υγείας 2020).

#### *2.4.2 Στον ηλικιωμένο πληθυσμό*

Διάφορα προγράμματα ΠΦΥ πραγματοποιούνται στην Ελλάδα για τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ενδεικτικά αναφέρεται το Εθνικό Πιλοτικό Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων «ΗΠΙΟΝΗ», το οποίο πραγματοποιήθηκε το 2019 από τις μονάδες ΠΦΥ της χώρας, με Απόφαση του Υπουργείου Υγείας. Στόχος των συγκεκριμένων δράσεων ήταν η διερεύνηση και η εφαρμογή προληπτικών μέτρων και διαγνωστικών διαδικασιών για τα όργανα της ακοής και της όρασης του ηλικιωμένου πληθυσμού και την προαγωγή της αυτονομίας και της λειτουργικότητάς του (ΥΑ Γ1γ/Γ.Φ.18Γ,Ε,20.Ε/Γ.Π.οικ.70116/4-10-2019). Το πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ» για την πρόληψη στην Τρίτη ηλικία πραγματοποιείται κάθε χρόνο, με διαφορετική θεματολογία. Για το έτος 2020 είχαν προγραμματιστεί δράσεις με θέμα «Υγιής Αναπνοή – Πρόληψη και διαχείριση των λοιμώξεων στους Ηλικιωμένους – Η σημασία των εμβολιασμών», οι οποίες για την προστασία της υγείας του πληθυσμού δεν πραγματοποιήθηκαν (Υπουργείο Υγείας 2021).

#### *2.4.3 Εμβολιασμός*

Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών έχει διαμορφώσει το Πρόγραμμα Εμβολιασμών παιδιών και εφήβων, σύμφωνα με το οποίο δίνονται οδηγίες στους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με το χρονικό πλαίσιο των εμβολιασμών. Επιπλέον, λαμβάνονται υπ' όψιν και οι ιδιαίτερες περιπτώσεις παιδιών που υπάγονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιακή νόσο με σοβαρή αιμοδυναμική διαταραχή, ενώ δίνονται ακόμα κατευθυντήριες οδηγίες για παιδιά που δεν εμβολιάστηκαν στη συνιστώμενη ηλικία (Υπουργείο Υγείας 2020). Επιπλέον, υπάρχει το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών ενηλίκων, κατά το οποίο συστήνεται η διενέργεια εμβολιασμών, όπως για παράδειγμα το εμβόλιο της γρίπης, του έρπητα ζωστήρα, της Ηπατίτιδας Α και Β, ανάλογα με το ηλικιακό φάσμα του κάθε πολίτη και την ύπαρξη ή όχι συνοδών ιατρικών καταστάσεων ή άλλων ενδείξεων. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι τα εμβόλια που προτείνονται βάσει του Προγράμματος Εμβολιασμών, αποζημιώνονται από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (Υπουργείο Υγείας 2020).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά στον εμβολιασμό έναντι του HPV, στην Ελλάδα έχει ενταχθεί επίσημα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας. Τα

εμβόλια χορηγούνται δωρεάν σε όλα τα κορίτσια ηλικίας 11 έως 18 ετών και σε γυναίκες έως 26 ετών που ανήκουν σε ορισμένες ευάλωτες ομάδες. Τα εμβόλια HPV αποτελούν το μοναδικό μέσο πρωτογενούς πρόληψης, συντελώντας στην πρόληψη της μόλυνσης από τους τύπους HPV υψηλού κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας, καθώς και από τους τύπους χαμηλού κινδύνου που προκαλούν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων (European Cancer Organization 2020).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, την περίοδο καταγραφής της παρούσας εργασίας, ο πλανήτης πλήττεται από την πανδημία του κορωνοϊού. Για την αντιμετώπισή του, έχουν ξεκινήσει εμβολιασμοί σε παγκόσμιο επίπεδο. Στη χώρα μας, με την Απόφαση 71804/17-12-2020, ξεκίνησε ο προγραμματισμός των εμβολιασμών του προσωπικού των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, τη δεδομένη στιγμή έχει ξεκινήσει η Εθνική Εκστρατεία Εμβολιασμού και στο γενικό πληθυσμό, ενώ ο προγραμματισμός διαμορφώνεται βάσει ηλικιακών ομάδων. Στόχος της Εκστρατείας, σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα της Κυβέρνησης για τον εμβολιασμό κατά του κορωνοϊού, είναι να εμβολιαστεί το σύνολο του πληθυσμού άνω των 18 ετών.

#### *2.4.4 Προγράμματα προστασίας της ψυχικής υγείας*

Όσον αφορά στην Ελλάδα και στη συμβολή της ΠΦΥ στην προστασία της ψυχικής υγείας λόγω της πανδημίας, σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), έχουν δημιουργηθεί γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης. Στις γραμμές αυτές, οι πολίτες μπορούν όχι μόνο να ενημερώνονται σχετικά με τον κορωνοϊό, αλλά και να λαμβάνουν εικοσιτετράωρη ψυχολογική υποστήριξη. Η υπηρεσία αυτή οργανώθηκε υπό την εποπτεία της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με άλλους οργανισμούς και μη κερδοσκοπικούς συλλόγους, καθώς και με μεγάλο αριθμό εθελοντών ψυχολόγων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στους πολίτες, σχετίζονται με την ψυχολογική υποστήριξη για το γενικό πληθυσμό, την ψυχιατρική βοήθεια για τους ψυχικά πάσχοντες, την ψυχολογική στήριξη για παιδιά και οικογένειες, την ψυχολογική στήριξη για επαγγελματίες υγείας και την υποστήριξη σε κοινωνικά θέματα (ΕΟΔΥ 2021).

Επιπλέον, με την Υπουργική Απόφαση Γ3β/Γ.Π.οικ.77463/02-12-2020, εγκρίθηκε η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και κατ' οίκον βοήθειας στο γενικό πληθυσμό, μέσω της επέκτασης της δράσης των Κέντρων Ημέρας και των Κινητών Μονάδων Υγείας. Στόχος των εν λόγω δράσεων είναι η ψυχολογική υποστήριξη

του γενικού πληθυσμού για την αποφυγή αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης, αυτοκτονικών τάσεων και άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Εκτός από το γενικό πληθυσμό, τα προγράμματα στοχεύουν ακόμα στην ψυχολογική υποστήριξη μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας και στους εργαζομένους στην πρώτη γραμμή, για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας. Η υποστήριξη των ανέργων, των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και των οικογενειών τους, βρίσκονται επίσης στο επίκεντρο των στόχων των προγραμμάτων.

Είναι γεγονός ότι ζούμε μια νέα πραγματικότητα και έχει σημασία να αντιληφθούμε ότι πρέπει να είμαστε σε αυτό όλοι μαζί. Η πραγματικότητα αυτή, που βιώνει όλη η ανθρωπότητα, πρέπει να την οδηγήσει σε μία καινούρια οπτική απέναντι στη ζωή, κάνοντας τους ανθρώπους να πράττουν και να σκέφτονται με λιγότερο εγωισμό και περισσότερη ενσυναίσθηση (Zerón 2020).

#### *2.4.5 Κινητές Ομάδες Υγείας*

Ο ΕΟΔΥ, στο πλαίσιο πρόληψης και προστασίας της δημόσιας υγείας λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού, υλοποίησε σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας το πρόγραμμα ΕΣΠΑ 2014-2020. Το εν λόγω πρόγραμμα περιλαμβάνει τη σύσταση και συγκρότηση 500 Κινητών Ομάδων Υγείας (ΚΟΜΥ) σε όλη τη νησιωτική και ηπειρωτική χώρα. Οι πρώτες ΚΟΜΥ ξεκίνησαν τη δράση τους στις 4 Μαΐου του 2020. Ο ρόλος τους είναι να λαμβάνουν δείγμα βιολογικού υλικού από πιθανά κρούσματα κορωνοϊού, στοχεύοντας μεταξύ άλλων σε δομές φροντίδας ηλικιωμένων και ατόμων με ειδικές ανάγκες, νοσηλευτικές μονάδες με χρονίως πάσχοντες, ψυχιατρικές κλινικές, κέντρα αιμοκάθαρσης, δομές προσφύγων και μεταναστών καθώς και σε ασθενείς με συμβατή συμπτωματολογία. Με τον τρόπο αυτό, αποτρέπεται η επιβάρυνση των δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η συνακόλουθη εξάπλωση του ιού, θωρακίζοντας τη δημόσια υγεία (ΕΟΔΥ 2020).

Τον πρώτο μήνα λειτουργίας των ΚΟΜΥ πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 1.000 αποστολές σε 30 περιφερειακές ενότητες της χώρας και λήφθηκαν 25.000 δείγματα προς εξέταση. Τα δειγματοληπτικά τεστ πραγματοποιήθηκαν σε:

- κοινωνικές υπηρεσίες 160 δήμων της χώρας
- 220 οίκους φροντίδας ευπαθών ομάδων (ηλικιωμένων, ανιάτων, ΑΜΕΑ)
- 100 δημοτικά, αγροτικά ιατρεία και δομές ημερήσιας φροντίδας

- 30 δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών
- 3 πανεπιστημιακά ιδρύματα για τον έλεγχο αλλοδαπών φοιτητών (Υπουργείο Υγείας 2020).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι μέσα σε μια μέρα (30 Οκτωβρίου 2020) οι ΚΟΜΥ πραγματοποίησαν 472 ελέγχους σε πολίτες της Πάτρας, εκ των οποίων βρέθηκε ένα θετικό δείγμα. Την ίδια μέρα, πραγματοποιήθηκαν 147 έλεγχοι στο δημαρχείο της Κόνιτσας και βρέθηκε ένα θετικό δείγμα. Στις 31 Οκτωβρίου 2020, πραγματοποιήθηκαν 704 δωρεάν rapid τεστ σε πολίτες του δήμου Αμαρουσίου Αττικής, εκ των οποίων βρέθηκαν 4 θετικά κρούσματα (ποσοστό 0,56% επί των δειγμάτων). Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, έχουν γίνει περισσότερες από 3.900 αποστολές και περισσότερα από 75.000 τεστ σε δομές πρόνοιας (ΕΟΔΥ 2021). Με τις ΚΟΜΥ διασκορπισμένες σε όλη την επικράτεια, οι έλεγχοι εντατικοποιούνται καθημερινά. Το γεγονός αυτό συμβάλλει τα μέγιστα στην πρόληψη της διασποράς του κορωνοϊού, καθώς η έγκαιρη διάγνωση των θετικών κρουσμάτων είναι ζωτικής σημασίας για τη σωτηρία ανθρώπινων ζωών.

Επιπλέον, εν όψει του εμβολιασμού του πληθυσμού, στις 4 Ιανουαρίου 2021 οι ΚΟΜΥ ξεκίνησαν τους εμβολιασμούς στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, βάσει του Εθνικού Σχεδίου Εμβολιαστικής Κάλυψης του Υπουργείου Υγείας. Στόχος του Υπουργείου είναι έως τις 20/1/2021 να έχει ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός των συγκεκριμένων ευπαθών ομάδων και των εργαζομένων στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΕΟΔΥ 2021).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>. ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 3.1 Νομοθεσία

Με το Νόμο 4486/2017, δημιουργήθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), οι οποίες λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και, ως μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, είναι το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας της εκάστοτε περιοχής, με τα οποία λειτουργούν υποστηρικτικά, διασυνδέονται άμεσα, λειτουργικά και επιστημονικά, καθώς και με νοσοκομεία εντός της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Δομές Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων, Δομές Κοινωνικής Προστασίας, λοιπές δομές όπως σχολεία και ΚΑΠΗ, καθώς επίσης και με επαγγελματίες του ιδιωτικού τομέα. Δυνατότητα εγγραφής στην κάθε ΤΟΜΥ έχει κάθε κάτοικος του δήμου στον οποίο εδρεύει η μονάδα.

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση του 2017 (ΥΑ Γ1α/Γ.Π.οικ.87406/24-11-2017), με θέμα τον καθορισμό του τρόπου λειτουργίας των ΤΟΜΥ, κάθε μονάδα στην πλήρη της σύνθεση, συγκροτείται από:



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Πλήρης σύνθεση ΤΟΜΥ

Ωστόσο, κάθε TOMY δύναται να λειτουργήσει κατ' ελάχιστο με τρία στελέχη, με την προϋπόθεση να είναι ένας γιατρός, ένας νοσηλευτής ή επισκέπτης υγείας και ένας διοικητικός υπάλληλος.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι TOMY λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν σκοπό:

- ο να προάγουν την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους
- ο να αναπτύσσουν παρεμβάσεις και δράσεις για να προάγουν την υγεία στην οικογένεια, στους χώρους εργασίας, στα σχολεία της περιοχής ευθύνης και στην κοινότητα γενικότερα, σε συνεργασία με άλλους φορείς
- ο να προλαμβάνουν, να εκτιμούν και να διαχειρίζονται κινδύνους για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού, σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες
- ο να παρακολουθούν συστηματικά την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους, όχι μόνο στη μονάδα αλλά και κατ' οίκον
- ο να αντιμετωπίζουν οξεία και επείγοντα προβλήματα υγείας και να πραγματοποιούν παραπομπές, όπου χρειάζεται, σε Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία
- ο να παρακολουθούν πολίτες με χρόνια νοσήματα και να πραγματοποιούν συνδιαχείριση με το θεράποντα ιατρό, στη μονάδα και κατ' οίκον
- ο να πραγματοποιούν κατ' οίκον φροντίδα υγείας, νοσηλεία και αιμοληψία, όπου δεν είναι εφικτό να μεταβεί ο πολίτης σε μονάδα ΠΦΥ
- ο να πραγματοποιούν συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες
- ο να αναγνωρίζουν ψυχικές παθήσεις και να συνεργάζονται με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας
- ο να εντοπίζουν περιστατικά εξαρτήσεων και να παραπέμπουν στους αρμόδιους φορείς απεξάρτησης
- ο να εκπαιδεύουν και να καθοδηγούν άτομα και οικογένειες για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους
- ο να συλλέγουν και να αξιοποιούν επιδημιολογικά στοιχεία και δείκτες υγείας του πληθυσμού ευθύνης (Ν. 4486/2017).

### 3.2 Οικογενειακός γιατρός

Σύμφωνα με το Νόμο 4486/2017, ο οικογενειακός γιατρός παρέχει συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της

υγείας. Ως οικογενειακοί γιατροί ορίζονται για τον ενήλικο πληθυσμό ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας και για τον παιδικό πληθυσμό παιδίατροι. Κάθε οικογενειακός γιατρός για τον ενήλικο πληθυσμό μπορεί να έχει μέχρι 2.250 εγγεγραμμένους ενήλικες και κάθε παιδίατρος μέχρι 1.500 παιδιά (Ν. 4486/2017: 2.034).

Ο οικογενειακός γιατρός για τον ενήλικο πληθυσμό ευθύνης οφείλει να πραγματοποιεί διαγνώσεις για τον εντοπισμό προβλημάτων υγείας, καθώς και να εντοπίζει τις αιτίες που τα προκαλούν. Στις αρμοδιότητές του συγκαταλέγεται ακόμα η επίλυση συνηθών προβλημάτων υγείας, η συνδιαχείριση χρόνιων νοσημάτων και διαταραχών ψυχικής υγείας, η μέριμνα για τη φροντίδα ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία, ενώ πρέπει να συμβάλλει και στην αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας. Επιπλέον, η διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής – παρηγορητικής φροντίδας και αγωγής υπάγεται στις αρμοδιότητές του, η συμβολή στην ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης του και η συμβολή στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας υγείας. Αυτό πραγματοποιείται μέσω της παραπομπής στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ενώ υποχρέωσή του αποτελεί ακόμα η καταχώρηση των ατομικών στοιχείων που σχετίζονται με την υγεία του ατόμου, στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ) του (Ν. 4486/2017: 2.035).

Ο οικογενειακός γιατρός, όσον αφορά στον παιδικό πληθυσμό, έχει την υποχρέωση της συστηματικής παρακολούθησης της υγείας των παιδιών, της αντιμετώπισης ασθενειών και της διαχείρισης έκτακτων, επειγόντων και χρόνιων περιστατικών, του ελέγχου της εμβολιαστικής κάλυψης και της διενέργειας εμβολιασμών. Οφείλει ακόμα να ενημερώνει και να συμβουλεύει τις νέες μητέρες σχετικά με τη φροντίδα του βρέφους και να τις υποστηρίζει σε θέματα θηλασμού. Επιπλέον, στις αρμοδιότητές του συγκαταλέγεται και η πραγματοποίηση προληπτικών ελέγχων και εξετάσεων για ανίχνευση νοσημάτων, λαμβάνοντας υπ' όψιν το ιστορικό της οικογένειας του παιδιού, η παρακολούθηση της ανάπτυξής του και η εκτίμηση προβλημάτων συμπεριφοράς. Η χορήγηση Ατομικών Δελτίων Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) και βεβαιώσεων υγείας, η πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων σε νεογέννητα και σε μη περιπατητικά παιδιά με χρόνιες παθήσεις, η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αντισύλληψης, εξαρτήσεων, διατροφικών διαταραχών και η στήριξη των γονέων για την πρόωμη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, στις αρμοδιότητές του είναι και η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και

προαγωγής υγείας στην κοινότητα, σε συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα υγείας της μονάδας, καθώς και με άλλους φορείς (Ν. 4486/2017: 2.035).

Σε επίπεδο νομοθεσίας, αξίζει να σημειωθεί ότι ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν αποτελεί κάτι καινούριο. Σχετική αναφορά υπήρχε στο Άρθρο 18 του Ν.1397/1983 και στο Άρθρο 32 του Ν.2519/1997 (Ποτήρης και Σαράφης 2014). Επιπλέον, ιδιαίτερη μνεία υπήρχε και στο Άρθρο 5 του Νόμου 4238/2014, ωστόσο στην πράξη ο θεσμός δεν εφαρμόστηκε. Ο Νόμος 4486/2017 επανεισάγει το θεσμό αυτό, καθιερώνοντας μάλιστα στο Άρθρο 19, τη διαδικασία παραπομπής από τον οικογενειακό γιατρό, ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης του πολίτη στα Κέντρα Υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά.

Η υποχρεωτική διαδικασία παραπομπής, βάσει νόμου θα έπρεπε να έχει εφαρμοστεί πλήρως έως τις 31 Δεκεμβρίου 2018. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι το Άρθρο 19 του Νόμου σχετικά με την αναγκαία προϋπόθεση της παραπομπής από τον οικογενειακό γιατρό σε άλλη ειδικότητα ή υπηρεσία, όχι απλά δεν εφαρμόστηκε ποτέ αλλά πολύ πρόσφατα, με την Υπουργική Απόφαση Γ1α/Γ.Π.66102/15-12-2020 ακυρώθηκε λόγω της αίτησης ακύρωσης από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, η οποία έγινε δεκτή από το Συμβούλιο της Επικρατείας. Με δεδομένη την αποτυχία εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στο παρελθόν καθώς και του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, θεωρείται βέβαιο ότι θα χρειαστεί χρόνος για να αλλάξει η κατάσταση και να βελτιωθεί προς όφελος των πολιτών και της βιωσιμότητας του ίδιου του συστήματος.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα χώρας που έχει καθιερώσει το θεσμό του γενικού – οικογενειακού γιατρού αποτελεί το βρετανικό σύστημα υγείας. Οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ ορισμένοι εργάζονται σε ομαδικό επίπεδο. Περισσότερο από το 99% του πληθυσμού της χώρας είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα των γενικών γιατρών, με τους οποίους έχουν μακροχρόνια σχέση και συνεργασία. Οι πολίτες, αν και μπορούν να επιλέξουν τον δικό τους γενικό γιατρό, η περίπτωση αλλαγής γιατρού, εκτός από την περίπτωση αλλαγής κατοικίας, είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι οικογενειακοί γιατροί παρέχουν 24ωρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, ασκώντας

παράλληλα έλεγχο στην πρόσβαση των ασθενών σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (Boyle 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2014 με τη συμμετοχή 3.020 ασθενών από 7 χώρες και, πιο συγκεκριμένα, τη Γερμανία, την Ισπανία, την Εσθονία, τη Φινλανδία, την Ουγγαρία, την Ιταλία και τη Λιθουανία αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την ΠΦΥ, προέκυψε ότι το 76,8% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι. Ο παράγοντας που συνδέθηκε με την ικανοποίησή τους, είναι η σχέση εμπιστοσύνης που είχαν αναπτύξει με τον οικογενειακό τους γιατρό, η κατανόηση και η γνώση του για την κατάσταση της υγείας τους, όπως για παράδειγμα προβλήματα βάρους, πίεσης κ.ά. (Sánchez - Piedra et al 2014).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, είναι πολύ σημαντική για την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση των πολιτών που προσέρχονται στις μονάδες ΠΦΥ. Επιπλέον, η καθιέρωση αυτή θα συμβάλλει στη μείωση των περιστατικών που προσέρχονται στα νοσοκομεία ενώ χρήζουν πρωτοβάθμιας φροντίδας, συμβάλλοντας στον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών, εξειδικευμένων υπηρεσιών και, συνεπώς, στον περιορισμό των δαπανών.

### 3.3 Ομάδα Υγείας

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 του Ν. 4486/2017, οι ΤΟΜΥ αποτελούνται από διεπιστημονικές ομάδες, στις οποίες υπάγονται όλα τα μέλη της κάθε μονάδας. Συνεπώς, κάθε ομάδα αποτελείται, ανάλογα με την πληρότητά της από οικογενειακούς γιατρούς (παθολόγους, γενικούς ιατρούς και παιδίατρους), επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό και κοινωνικό λειτουργό. Στο άρθρο 7 του ίδιου νόμου, αναφέρεται ότι τα στελέχη της ομάδας υγείας δεν οφείλουν να συνεργάζονται μόνο μεταξύ τους αλλά και με άλλες ομάδες υγείας, με σκοπό να παρέχουν στον πληθυσμό ευθύνης τους συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, να αξιολογούν και να βελτιώνουν τις υπηρεσίες τους και να παρακολουθούν τα προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών. Μάλιστα, για τη διασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών και για την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των πολιτών, διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών.

Το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της Ομάδας Υγείας, σύμφωνα με το νόμο, είναι η διαχείριση και επίλυση ζητημάτων δημόσιας υγείας, σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και φορείς δημόσιας υγείας. Συγκεκριμένα, οι ομάδες υγείας πραγματοποιούν:

- ενημέρωση για τις λοιμώξεις, τους παράγοντες κινδύνου και τις πηγές νοσηρότητας του πληθυσμού ευθύνης
- συνεργασία με τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας
- συμβολή στη διαχείριση ζητημάτων σχετικά με τη δημόσια υγεία, κυρίως μέσα από τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων σχετικά με την έκταση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού ευθύνης και των προσδιοριστικών τους παραγόντων.

Επιπλέον, οι παρεχόμενες υπηρεσίες προαγωγής και πρόληψης που υλοποιούνται από την ομάδα υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες κατά περίπτωση αρχές, αφορούν ενδεικτικώς:

- α) εμβολιασμούς,*
- β) προληπτικό, προσυμπτωματικό έλεγχο,*
- γ) προγεννητική φροντίδα,*
- δ) προαγωγή της υγείας και συμβολή στη βελτίωση του τρόπου ζωής,*
- ε) διαχείριση των χρόνιων ασθενών (Ν. 4486/2017: 2.036).*

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ομάδα υγείας αποτελείται από επαγγελματίες υγείας με διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες, συμπληρώνοντας όμως ο ένας τον άλλο. Μοιράζονται κοινούς στόχους για την υγεία και ενεργούν ομαδικά και συντονισμένα (Xylichis and Ream 2008). Η επιτυχία της διεπιστημονικής ομάδας προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την ικανοποίηση των πολυσύνθετων αναγκών του πληθυσμού ευθύνης. Συγκεκριμένα, απαιτείται:

- να μοιράζονται κοινούς στόχους, οι οποίοι είναι σαφείς και αντανακλούν τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης
- να είναι διακριτοί οι ρόλοι όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Αυτό προϋποθέτει ότι θα λαμβάνονται υπ' όψιν με την ίδια βαρύτητα οι απόψεις όλων των επαγγελματιών που απαρτίζουν την ομάδα

- να υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη
- να υπάρχει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών της ομάδας
- να πραγματοποιείται αξιολόγηση με σκοπό την επίτευξη των στόχων και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

Επιπλέον, ένας αυξανόμενος αριθμός διεθνών μελετών αποδεικνύουν ότι οι διεπιστημονικές ομάδες της ΠΦΥ είναι οικονομικά αποδοτικές και μειώνουν τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, ενώ παράλληλα βελτιώνουν τους δείκτες υγείας του πληθυσμού (Mitchell et al 2012).

### 3.4 Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Στο Άρθρο 21 του Ν. 4486/2017, καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) των πολιτών. Στην πραγματικότητα, δεν είναι η πρώτη φορά που η ελληνική νομοθεσία αναφέρει τον συγκεκριμένο όρο. Σχετική αναφορά είχε γίνει με το Ν. 3235/2004, αργότερα με το Ν. 4238/2014, χωρίς όμως να ορίζονται ρητά οι σχετικές υποχρεώσεις του οικογενειακού ιατρού (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

Ο ΑΗΦΥ περιέχει συνοπτικά το ατομικό ιστορικό υγείας του πολίτη. Καταρτίζεται από τον οικογενειακό του γιατρό και συμπληρώνεται από τους γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων, οι οποίοι έχουν την υποχρέωση να καταχωρούν όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή νοσηλεία. Τονίζεται μάλιστα ότι η πρόσβαση στον φάκελο πραγματοποιείται ύστερα από τη συναίνεση του ατόμου και βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας περί προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Στην περίπτωση που ο λήπτης υπηρεσιών υγείας είναι ανήλικος, ο γονέας ή ο ενήλικος που έχει την κηδεμονία του, δίνει τη συγκατάθεση για πρόσβαση στον ΑΗΦΥ. Επιπλέον, στην περίπτωση που ο λήπτης υπηρεσιών υγείας τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση, τις σχετικές ενέργειες πραγματοποιεί ο δικαστικός του συμπαράστάτης (Ν. 4486/2017: 2.043 – 2.044).

Τα πλεονεκτήματα από τη χρήση του ΑΗΦΥ είναι πάρα πολλά. Αρχικά δίνεται η δυνατότητα ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών λόγω της συστημικής καταγραφής του ιστορικού τους και αυξάνει η συνεργασία του οικογενειακού γιατρού με τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, ο

ΑΗΦΥ παρέχει διαρκή, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση. Πράγματι, στην περίπτωση επείγοντος περιστατικού, η άγνοια του γιατρού για το ιστορικό του ασθενούς, μπορεί να δημιουργήσει τεράστιες επιπλοκές, καθώς ακόμα και η παραμικρή καθυστέρηση δύναται να αποβεί μοιραία ακόμα και για την ίδια του τη ζωή. Είναι επίσης προφανές ότι ο ΑΗΦΥ περιορίζει τα ιατρικά λάθη και η εφαρμογή αναμένεται να μειώσει τους δείκτες θνησιμότητας από νοσήματα με σαφή κληρονομικό υπόβαθρο αλλά και από νοσήματα που εντάσσονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Ποτήρης και Σαράφης 2014).

### 3.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και σχετικές έρευνες

Σε αυτό το σημείο της εργασίας θα γίνει αναφορά σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, αναφορικά με τις απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα και τις υπηρεσίες ΠΦΥ, την επίδραση που η ίδια η ΠΦΥ ασκεί στην επιτυχία ενός συστήματος υγείας, καθώς και στις απόψεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας για τα παρεχόμενα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης της δημόσιας υγείας. Στη συνέχεια, θα επισημανθεί ο ρόλος του Ν.4486/2017 ως προς την εξέλιξη και αναβάθμιση της ΠΦΥ στη χώρα μας, κυρίως μέσα από την ίδρυση των ΤΟΜΥ, ενώ θα γίνει αναφορά και στη συνεισφορά των μονάδων αυτών κατά την περίοδο της πανδημίας του κορωνοϊού.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2012 αναφορικά με τις απόψεις των γονέων για τον εμβολιασμό σε διάφορες περιοχές της Αττικής, εξήχθη το συμπέρασμα ότι η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών της μελέτης έφθανε το 99,2%. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν οι απόψεις και οι αντιλήψεις των γονέων παιδιών που φοιτούσαν σε παιδικούς σταθμούς της Αθήνας. Συμπληρώθηκαν 1077 ερωτηματολόγια και, παρόλο που κάποιοι γονείς εξέφρασαν ανησυχία ως προς την ασφάλεια των εμβολίων, στο μεγαλύτερο ποσοστό τηρούσαν το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ). Αξιοσημείωτο είναι ότι σφαιρικές γνώσεις για τα εμβόλια είχαν όσοι συζητούσαν για αυτά με τον παιδίατρο του παιδιού τους ενώ, όσοι διαφωνούσαν με το ΕΠΕ, ενημερώνονταν κατά κύριο λόγο από το διαδίκτυο και την τηλεόραση. Συνεπώς, η γνώση και η έγκυρη ενημέρωση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την εξέλιξη των εμβολίων και τη χρήση τους προς όφελος της ανθρωπότητας (Παπάζογλου και συν 2012).



Στην έρευνα Qualicorp (Quality and costs of primary care in Europe) που διεξήχθη από το 2010 έως το 2014, μελετήθηκε διεξοδικά η ΠΦΥ, αναφορικά με τη σχέση ποιότητας υπηρεσιών και κόστους. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν από 31 ευρωπαϊκές χώρες, τη Νέα Ζηλανδία, την Αυστραλία και το Ισραήλ, στοχεύοντας στη διερεύνηση της σχέσης ποιότητας, ισότητας και κόστους στα συστήματα ΠΦΥ των χωρών αυτών (European Commission 2017). Αξιοσημείωτο είναι το συμπέρασμα ότι ακόμα και χώρες που δεν έχουν οικονομικά προβλήματα και μεγάλο μέρος των δαπανών τους το διοχετεύουν στην υγεία, εάν δεν αναπτύξουν παράλληλα και την ΠΦΥ, δεν έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η Ελβετία που έχει ένα από τα πιο αποτελεσματικά συστήματα υγείας παγκοσμίως, καλείται να αντιμετωπίσει την ολοένα αυξανόμενη συχνότητα χρόνιων παθήσεων στον πληθυσμό της, παρόλο που το ελβετικό σύστημα υγείας είναι το πιο ακριβό στον κόσμο (Cohidon et al 2015). Προκύπτει επομένως από την έρευνα ότι η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας, ενώ τονίζεται πως η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού πρέπει να έχουν πρωτεύουσα θέση (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και συν 2015).

Επιπλέον, μελετώντας την ίδια έρευνα και αναλύοντας τα συμπεράσματα που προέκυψαν για την Ελλάδα, θετικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς, ειδικά εκείνοι που επισκέπτονταν συχνά τις μονάδες ΠΦΥ λόγω κάποιας χρόνιας ασθένειας, υποστήριζαν ότι καλύπτονται οι ανάγκες τους. Περιθώρια βελτίωσης φαίνεται να υπάρχουν όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες και στην ανάπτυξη της πρόληψης, με σκοπό την ενδυνάμωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, με γνώμονα την ποιότητα (Lionis et al 2017).

Δυστυχώς όμως, οι πολίτες στην Ελλάδα εξακολουθούν σε μεγάλο βαθμό να προσέρχονται στα νοσοκομεία για την κάλυψη υπηρεσιών ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, από τον Απρίλιο μέχρι τον Αύγουστο του 2013 πραγματοποιήθηκε έρευνα σχετικά με τις απόψεις των πολιτών για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο και, πιο συγκεκριμένα, σε πέντε δήμους της Αττικής. Από 500 πολίτες, συνολικά 430 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, μέσω ερωτηματολογίου και προσωπικής συνέντευξης. Ένα πολύ σημαντικό συμπέρασμα που προέκυψε, είναι ότι οι πολίτες χρησιμοποιούν σαν πρώτη επιλογή για υπηρεσίες ΠΦΥ τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Απαιτούν, ωστόσο, από τις τοπικές αρχές, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, περισσότερα προγράμματα προληπτικής ιατρικής και όχι νοσηλευτικές υπηρεσίες. Επιπλέον, θεωρούν

ότι τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας θα είναι πιο αποτελεσματικά εάν λαμβάνουν χώρα σε τοπικό επίπεδο και προτείνουν δραστηριότητες με θέματα όπως δωρεά αίματος, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και άλλα. Δηλώνουν μάλιστα διατεθειμένοι, σε ποσοστό 51,2%, να πληρώνουν ένα φόρο της τάξεως των 10 ευρώ μηνιαίως, για την παροχή των υπηρεσιών αυτών. Ωστόσο, αρκετοί ήταν επιφυλακτικοί και σκεπτικοί ως προς την καταβολή φόρου, καθώς δεν ήταν βέβαιοι ότι τα χρήματα αυτά θα βελτίωναν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών (Pierrakos et al 2017).

Σκεπτικοί είχαν φανεί και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας, όταν είχε ζητηθεί η άποψή τους για τα παρεχόμενα προγράμματα υγείας στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, το 2008 δόθηκε ερωτηματολόγιο σε 120 επαγγελματίες υγείας, του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Η ανάγκη για δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας ήταν το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε η εν λόγω έρευνα. Στο σύστημα αυτό, επίκεντρο δε θα είναι η διαχείριση της ασθένειας αλλά η προστασία της υγείας, με δυνατότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλού επιπέδου για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες. Αξιοσημείωτο είναι ακόμα ότι και σε αυτή την έρευνα, οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν αυξημένους φόρους, εάν αυτό θα σήμαινε καλύτερες υπηρεσίες υγείας (Ιακωβίδου και συν 2008).

### *3.5.1 Συμβολή Νόμου 4486/2017 στην εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα και συνεισφορά των ΤΟΜΥ στην πανδημία*

Ο Νόμος 4486/2017 έδωσε στην ΠΦΥ την προτεραιότητα και τη σπουδαιότητα που πραγματικά της αρμόζουν. Μέσω των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ο ίδιος ο πληθυσμός καθίσταται ικανός να προσέχει και να διαφυλάσσει την υγεία του, γεγονός που έχει αδιαμφισβήτητα οφέλη για τον ίδιο, αλλά και για την εξυγίανση του ίδιου του συστήματος υγείας. Επιπλέον, δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι η ΠΦΥ είναι απλή στην εφαρμογή της, καθώς προϋποθέτει να υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα που εργάζεται αποτελεσματικά, εντοπίζοντας και κατανοώντας τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης της.

Επιπρόσθετα, ο συγκεκριμένος νόμος έρχεται σε απόλυτη σύμπτωση με τις αρχές των Διακηρύξεων της Άλμα – Άτα και της Αστάνα, επιδιώκοντας την ισότητα και την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την «Υγεία για όλους». Δεδομένου ότι κλειδί για την επιτυχία αυτού του στόχου θεωρείται η ΠΦΥ, τόσο από τις

Διακηρύξεις όσο και από το νόμο, είναι εξαιρετικά σημαντικό να πραγματοποιηθούν αποτελεσματικά οι αλλαγές που ο εν λόγω νόμος ορίζει.

Επιπλέον, με το Νόμο 4486/2017 δημιουργήθηκαν οι ΤΟΜΥ, που αποτελούν ένα καινούριο εγχείρημα του Υπουργείου Υγείας, σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Σε αυτή τη δύσκολη περίοδο που διανύει όλος ο πλανήτης, όπου ανεπτυγμένα συστήματα υγείας προηγμένων χωρών καταρρέουν, αυτές οι νεοσύστατες μονάδες υγείας, όπως και όλες οι μονάδες ΠΦΥ, καλούνται να στηρίξουν το σύστημα υγείας. Η συμβολή τους έγκειται στην κάλυψη του υγιούς πληθυσμού, καθώς η πανδημία δεν επιτρέπεται να σταματήσει τις δράσεις πρόληψης και προαγωγής. Πράγματι, τα παιδιά πρέπει να κάνουν τον τακτικό τους έλεγχο και εμβολιασμό, οι ενήλικες πρέπει να λάβουν τη συνταγή για τη φαρμακευτική τους αγωγή και, όλα αυτά, σε ένα περιβάλλον όσο το δυνατόν πιο ασφαλές, έξω από τα νοσοκομεία, που καλούνται να διαχειριστούν επείγουσες, πρωτόγνωρες και εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες.

Επιπρόσθετα, για την αποφυγή συνωστισμού, καθιερώθηκε μάλιστα στις μονάδες ΠΦΥ η άυλη συνταγογράφηση, κατά την οποία δε χρειάζεται η φυσική παρουσία του πολίτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι εν όψει των εμβολιασμών για προστασία από τον κορωνοϊό, πολλές από τις μονάδες ΠΦΥ πρόκειται να μετατραπούν και σε εμβολιαστικά κέντρα, ενώ δεν είναι λίγες και οι περιπτώσεις εργαζομένων στις ΤΟΜΥ που μετακινήθηκαν σε άλλες υπηρεσίες για να καλύψουν επείγουσες ανάγκες, όπως στη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, στα Κέντρα Υγείας Αναφοράς και στα Νοσοκομεία.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 4.1 Ερευνητικός Σκοπός και Στόχοι

Για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πραγματοποιούνται προσπάθειες βελτίωσης σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) ξεκίνησαν τη λειτουργία τους πολύ πρόσφατα και, πιο συγκεκριμένα, με το Νόμο 4486/2017. Έχουν αποτελέσει από τότε πεδίο έντονης αντιπαράθεσης, κυρίως σε πολιτικό επίπεδο, όσον αφορά στη χρησιμότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Για το λόγο αυτό, κρίθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθεί η άποψη των ίδιων των πολιτών για τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που παρέχει μία δομή ΠΦΥ, αναφορικά με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Σκοπό της έρευνας αποτελεί η καταγραφή των απόψεων των πολιτών και η αξιοποίηση αυτών με στόχο την αναζήτηση πιο αποτελεσματικών μεθόδων για την προαγωγή της υγείας σε τοπικό επίπεδο.

#### 4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας ήταν τα παρακάτω:

1. Είναι ενήμεροι οι συμμετέχοντες στην έρευνα σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας;
2. Με ποιο τρόπο ενημερώθηκαν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας;
3. Πόσο ικανοποιημένοι είναι από τις υπηρεσίες αυτές;
4. Ποιο πρόγραμμα από αυτά που υλοποιούνται κρίνουν ως το πλέον σημαντικό;
5. Ποιο θέμα θεωρούν χρήσιμο να συμπεριληφθεί στα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται, με σκοπό την πρόληψη και προαγωγή της δημόσιας υγείας;
6. Πόσο επηρεάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά;
7. Θεωρούν ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας;

8. Πώς θα μπορούσε η μονάδα να βελτιωθεί ώστε να πείσει περισσότερους πολίτες να συμμετέχουν στα προγράμματα;

#### 4.3 Κύρια Ερευνητική Υπόθεση και υπό μελέτη Μεταβλητές

- Ποια είναι η άποψη των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που υλοποιούνται από το διεπιστημονικό προσωπικό της 3<sup>ης</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας;

› *Ανεξάρτητη μεταβλητή*: Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας

› *Εξαρτημένη μεταβλητή*: Ικανοποίηση των πολιτών

Η ερευνητική υπόθεση είναι κατευθύνουσα, καθώς ορίζει τη σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, όσο βελτιώνεται η παροχή προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της δημόσιας υγείας στην TOMY, τόσο πιο θετικές θα είναι οι απόψεις των πολιτών.

#### 4.4 Μέθοδος Έρευνας

Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα είναι ποσοτική και, πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε Μελέτη Περίπτωσης στην 3<sup>η</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας. Θεωρήθηκε σκόπιμο η έρευνα να περιοριστεί σε μία μόνο μονάδα υγείας, όχι μόνο δεδομένου ότι υπήρχε περιορισμένο χρονικό περιθώριο για τη διεξαγωγή της, αλλά και επειδή η περίοδος της πανδημίας που διανύουμε δυσχέραινε αρκετά όλες τις διαδικασίες για τη διεξαγωγή της. Η συγκεκριμένη έρευνα ήταν περιγραφική, επιτρέποντας στον ερευνητή την περιγραφή και ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη γνώμη των πολιτών σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής που πραγματοποιούνται από τη συγκεκριμένη δομή.

#### 4.5 Όργανο μέτρησης

Για τους σκοπούς της έρευνας κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο απαρτιζόταν από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας. Το δεύτερο μέρος

περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις απόψεις τους για τα προγράμματα που ήδη εφαρμόζονται. Το τρίτο μέρος περιελάμβανε προτάσεις και ιδέες των πολιτών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παράρτημα 1).

Για την κατασκευή του ερωτηματολογίου, η ερευνήτρια βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί το 2017, με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των πολιτών για την ΠΦΥ στην τοπική κοινωνία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είχε κατασκευαστεί από τους Πιερράκο και συν (2017), οι οποίοι διεξήγαν την έρευνα. Στην παρούσα έρευνα διατηρήθηκαν τα τρία σκέλη του ερωτηματολογίου, ωστόσο προσαρμόστηκε για να συμπεριλάβει τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας, καθώς και τα ζητούμενα της έρευνας.

#### 4.6 Οριοθέτηση Πληθυσμού Μελέτης και Επιλογή Δείγματος

Η 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας ξεκίνησε τη λειτουργία της στις 28 Φεβρουαρίου 2019 και στεγάζεται σε κτίριο που έχει παραχωρήσει ο δήμος Κερατσινίου – Δραπετσώνας, αναγνωρίζοντας τις τεράστιες ανάγκες σε παροχές δωρεάν ιατρικής φροντίδας των πολιτών του εν λόγω δήμου. Βρίσκεται επί των οδών Αγωνιστών Πολυτεχνείου και Γεωργίου Καραϊσκάκη στη Δραπετσώνα. Ο δήμος Κερατσινίου – Δραπετσώνας είναι δήμος της περιφερειακής ενότητας του Πειραιά στην Περιφέρεια Αττικής και προέκυψε από τη συνένωση των παλαιότερων δήμων του Κερατσινίου και της Δραπετσώνας με το Πρόγραμμα Καλλικράτης. Επιπλέον, σύμφωνα με την απογραφή του 2011, έχει πληθυσμό 91.045 κατοίκους (Hellenic Statistical Authority 2011).

Η διεπιστημονική ομάδα της 3<sup>ης</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας αποτελείται από τις εξής ειδικότητες:

- ✓ μία γιατρό ειδικότητας ΠΕ Παιδιάτρου, η οποία αποτελεί και τη συντονίστρια της μονάδας
- ✓ μία νοσηλεύτρια (ειδικότητας ΠΕ Νοσηλευτών)
- ✓ δύο επισκέπτριες υγείας (ειδικότητας ΤΕ Επισκεπτών Υγείας)
- ✓ δύο διοικητικές υπαλλήλους (ειδικότητας ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού).

Η 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου - Δραπετσώνας καλύπτει τον πληθυσμό του δήμου και, πιο συγκεκριμένα, τους 91.045 κατοίκους. Τις υπηρεσίες της λαμβάνουν 485 πολίτες, οι οποίοι αποτελούν τον πληθυσμό της έρευνας. Η έρευνα διεξήχθη και με τη συμβολή των

γονέων, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, απαντώντας ως συνοδοί. Επιπλέον, η συλλογή των πληροφοριών δεν πραγματοποιήθηκε από το σύνολο του πληθυσμού της έρευνας, αλλά από δείγμα 145 ατόμων (55,1% από το Κερατσίνι, 23,4% από τη Δραπετσώνα, 13,1% από τα σύνορα Κερατσινίου – Δραπετσώνας, 6,9% από τον Πειραιά, 0,7% από το δάσος Χαϊδαρίου και 0,7% από τον Κορυδαλλό). Για να παραχθεί ίση πιθανότητα επιλογής, ασφαλέστερος τρόπος θεωρήθηκε η αρχή της τυχαίας επιλογής.

#### 4.6.1 Δεοντολογία της Έρευνας

Σε όλες τις φάσεις της έρευνας, οι συμμετέχοντες προστατεύθηκαν με βάση τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και κανένας από τους συμμετέχοντες δεν πιέστηκε για να απαντήσει. Επιπλέον, τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και οι απαντήσεις που δόθηκαν ελέγχθηκαν συνολικά, αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση των σκοπών της έρευνας.

#### 4.7 Συλλογή Δεδομένων

Για τη διανομή και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από το δείγμα της έρευνας, προηγήθηκε από την ερευνήτρια σχετικό αίτημα και, στη συνέχεια, έγκριση από τη 2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, στην οποία υπάγεται η 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας (Παράρτημα 2).

Εφόσον η ερευνήτρια έλαβε την απαιτούμενη έγκριση στις 5 Οκτωβρίου 2020, ξεκίνησε αμέσως τη διανομή των ερωτηματολογίων. Συνολικά η διανομή και συλλογή τους διήρκεσε δύο μήνες και, πιο συγκεκριμένα, τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του έτους 2020. Το μήνα Οκτώβριο η επισκεψιμότητα του πληθυσμού στη μονάδα ήταν υψηλή, καθώς οι ανάγκες για υπηρεσίες ΠΦΥ είναι μεγάλες. Επιπλέον, λόγω της έναρξης των σχολείων, αυξήθηκαν οι ανάγκες για ιατρική παρακολούθηση (εμβολιασμός, ιατρικές βεβαιώσεις για σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες, τακτική παρακολούθηση).

Ωστόσο, τα έκτακτα μέτρα που ξεκίνησαν να ισχύουν σε όλη την ελληνική επικράτεια από το ξημέρωμα της 7<sup>ης</sup> Νοεμβρίου 2020 και είχαν σαν συνέπεια η χώρα να περιέλθει σε δεύτερο ολικό lockdown με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID – 19 (ΦΕΚ, Τεύχος Β’

4899/06.11.2020), συνέβαλαν στην κατακόρυφη μείωση του πληθυσμού που επισκεπτόταν τη μονάδα το μήνα Νοέμβριο. Για το λόγο αυτό, το δείγμα της έρευνας περιορίστηκε στα 145 άτομα. Συνεπώς, το σύνολο των 145 ερωτηματολογίων είναι αντιπροσωπευτικό, σύμφωνα μάλιστα με τους κανόνες περί αντιπροσωπευτικότητας δείγματος (Ζαφειρόπουλος 2015), με δεδομένη τη γενικότερη κατάσταση που επικρατεί όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού.

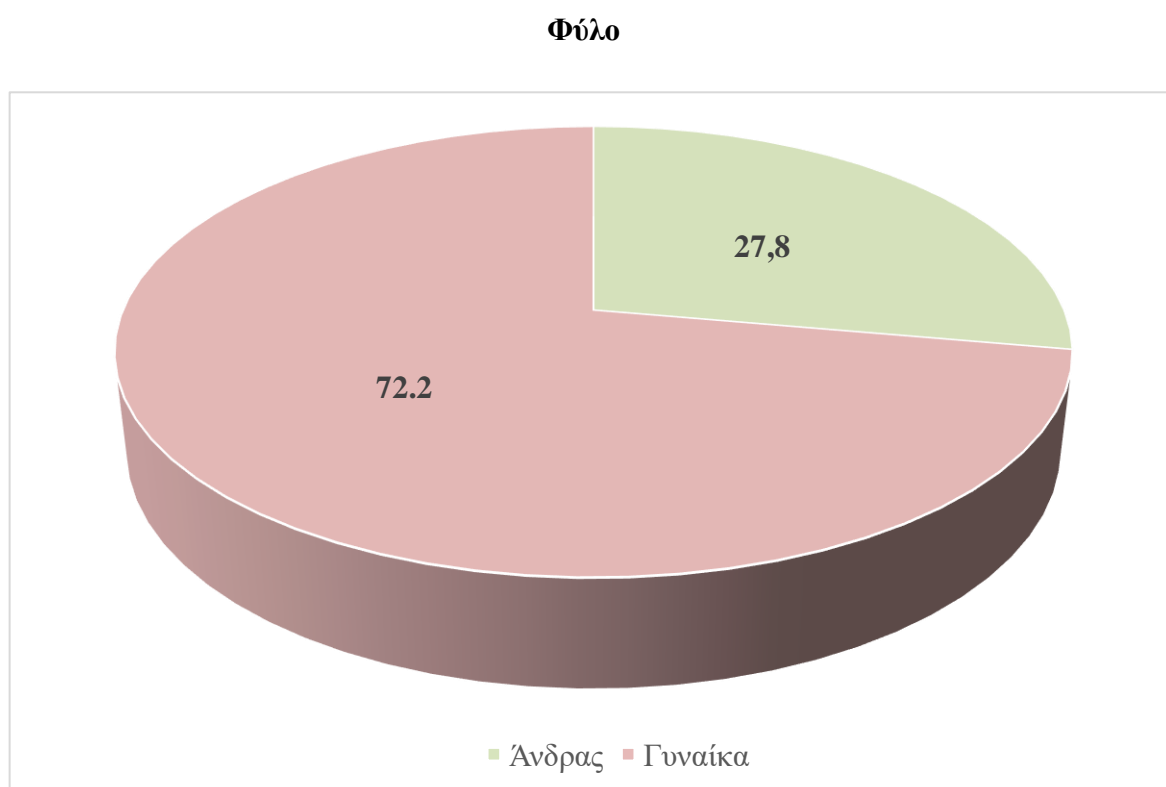
#### **4.8 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων**

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Μέσω της περιγραφικής στατιστικής (συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές, διάμεσοι, τυπικές αποκλίσεις) αποτυπώθηκαν τα χαρακτηριστικά του δείγματος και οι απαντήσεις τους στο κυρίως μέρος της έρευνας. Επιπρόσθετα, μέσω της επαγωγικής στατιστικής εξετάστηκε η επίδραση των χαρακτηριστικών του δείγματος στο βαθμό ικανοποίησής του από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας που πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου - Δραπετσώνας. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν δύο στατιστικοί έλεγχοι, ο έλεγχος Mann Whitney & Kruskal Wallis (χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι γιατί τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, Πίνακας 1, Παράρτημα 3). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 22.0 και το επίπεδο σημαντικότητας της έρευνας τέθηκε σε 0,05.



## Κεφάλαιο 5°. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής, δηλαδή τα ευρήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Φύλο

Σύμφωνα με το Γράφημα 1, η πλειοψηφία των πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες. Η αναλογία ανδρών και γυναικών στο δείγμα είναι 27,8% και 72,2% αντίστοιχα.

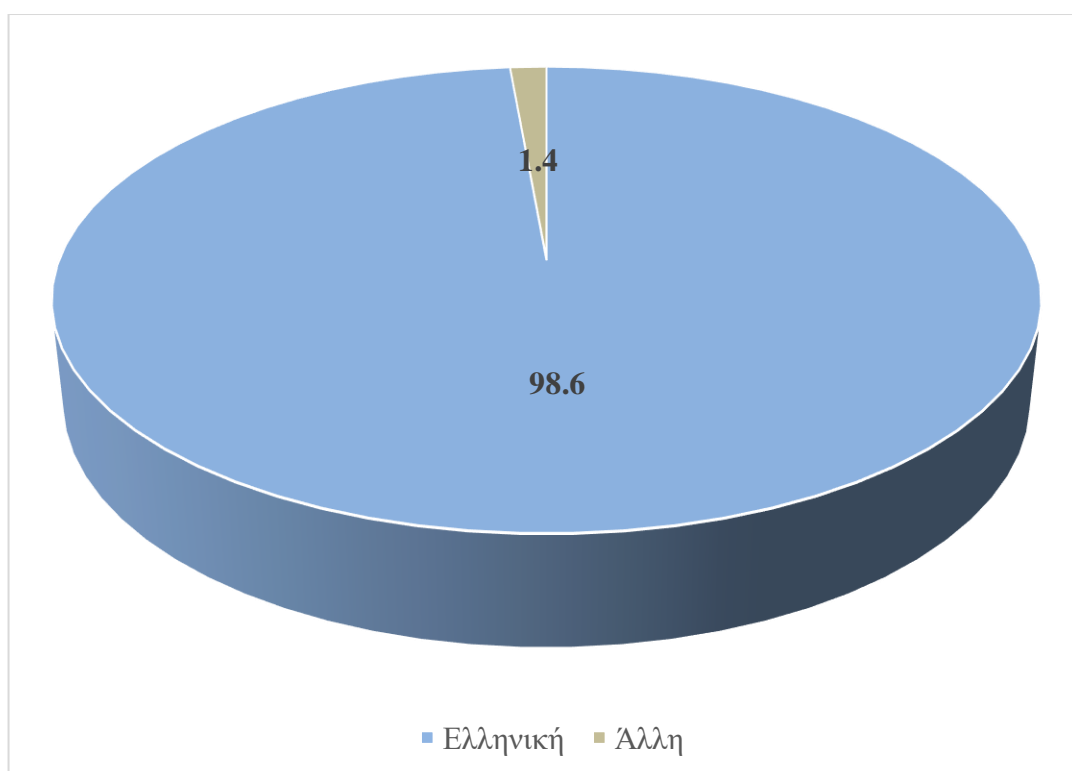
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ηλικία

Ελάχιστη	Μέγιστη	Μ	ΤΑ
22	65	40,49	9,21

(Σημείωση: Μ = μέση τιμή, ΤΑ = τυπική απόκλιση)

Σύμφωνα με τον πίνακα 1, ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 40,49 έτη με τυπική απόκλιση ίση με 9,21 έτη. Ο μικρότερος σε ηλικία ερωτώμενος είναι 22 ετών και ο μεγαλύτερος σε ηλικία είναι 65 ετών.

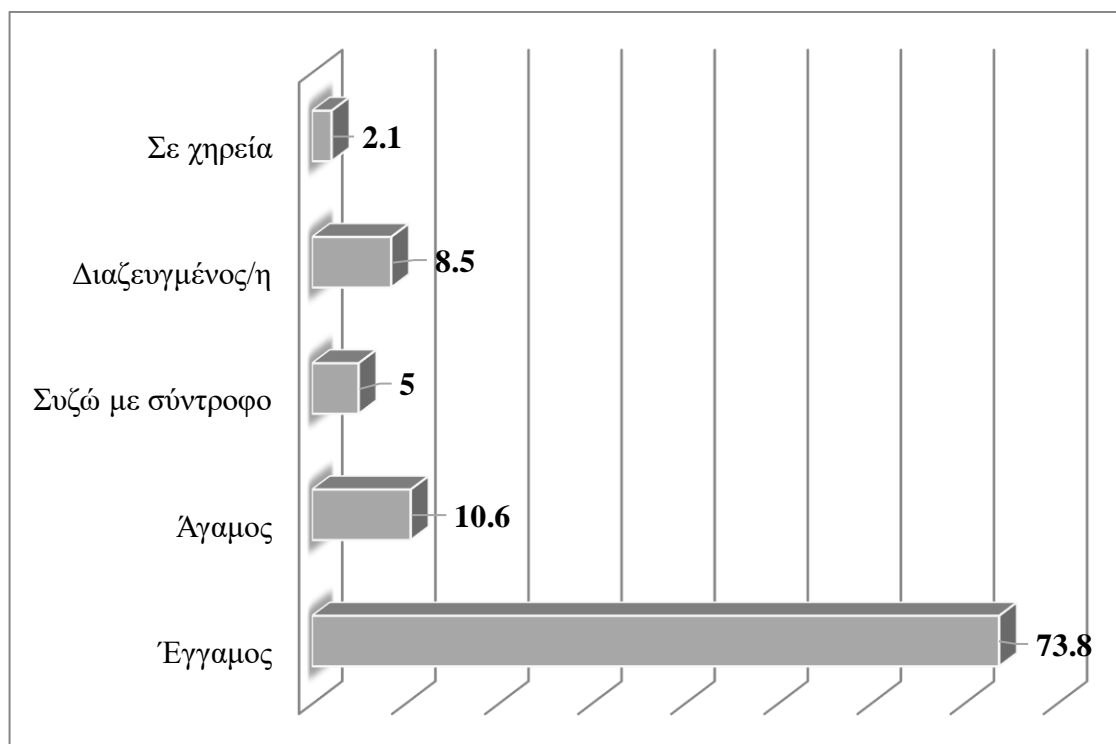
### Υπηκοότητα



ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Υπηκοότητα

Σύμφωνα με το Γράφημα 2, το 98,6% του δείγματος δήλωσε ότι έχει ελληνική υπηκοότητα ενώ το 1,4% δήλωσε ότι δεν έχει ελληνική υπηκοότητα.

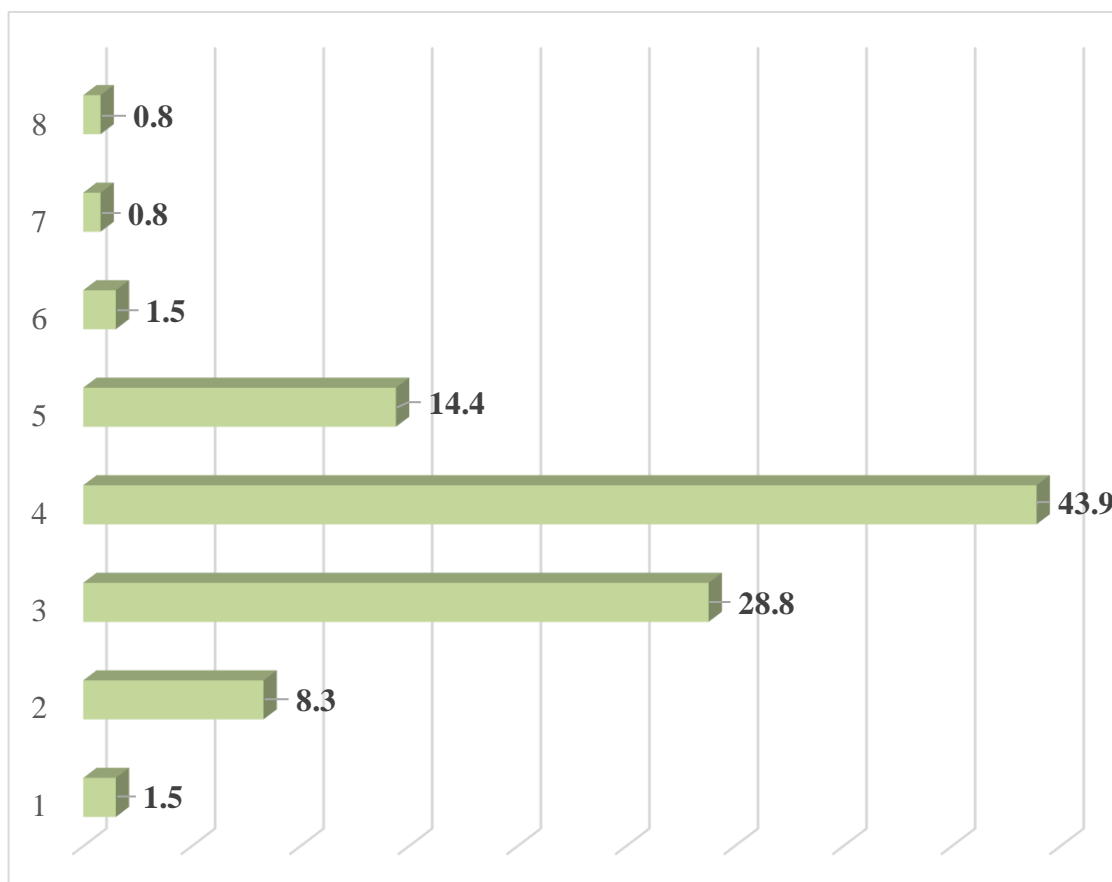
### Οικογενειακή Κατάσταση



ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Οικογενειακή κατάσταση

Σύμφωνα με το Γράφημα 3, το 73,8% των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι, το 10,6% είναι άγαμοι, το 8,5% των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι διαζευγμένοι, το 5% συζεί με τον/ την σύντροφό του/ της και το 2,1% είναι χήροι.

### Αριθμός μελών οικογένειας



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Αριθμός μελών οικογένειας

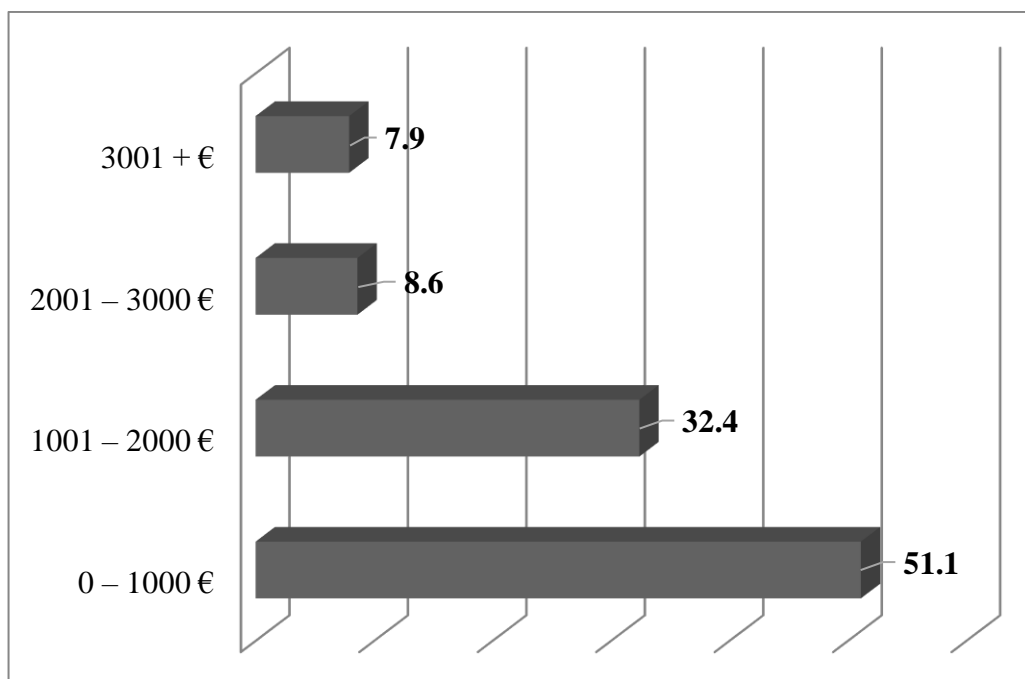
Σύμφωνα με το Γράφημα 4, το 43,9% των ερωτηθέντων του δείγματος αναφέρει ότι ο αριθμός μελών της οικογένειάς του είναι 4 άτομα, το 28,8% αναφέρει ότι είναι 3 άτομα, το 14,4% αναφέρει ότι η οικογένειά του αποτελείται από 5 άτομα, το 8,3% αναφέρει ότι είναι 2 άτομα, το 1,5% αναφέρει 1 άτομο, το 1,5% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι είναι 6 άτομα, το 0,8% αναφέρει 7 άτομα και το υπόλοιπο 0,8% αναφέρει ότι στην οικογένειά του υπάρχουν συνολικά 8 μέλη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Εκπαιδευτικό Επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Δημοτικό	6	4,1	4,2	4,2
Γυμνάσιο	13	9,0	9,2	13,4
Λύκειο	58	40,0	40,8	54,2
ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο	49	33,8	34,5	88,7
Μεταπτυχιακό	16	11,0	11,3	100,0
Μερικό Σύνολο	142	97,9	100,0	
Αναπάντητα	3	2,1		
<b>Σύνολο</b>	145	100,0		

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, το 40,8% των ερωτηθέντων έχει απολυτήριο λυκείου, το 34,5% έχει πτυχίο ΤΕΙ ή ΑΕΙ, το 11,3% των συμμετεχόντων έχει μεταπτυχιακό τίτλο, το 9,2% έχει απολυτήριο γυμνασίου και το 4,2% έχει απολυτήριο δημοτικού.

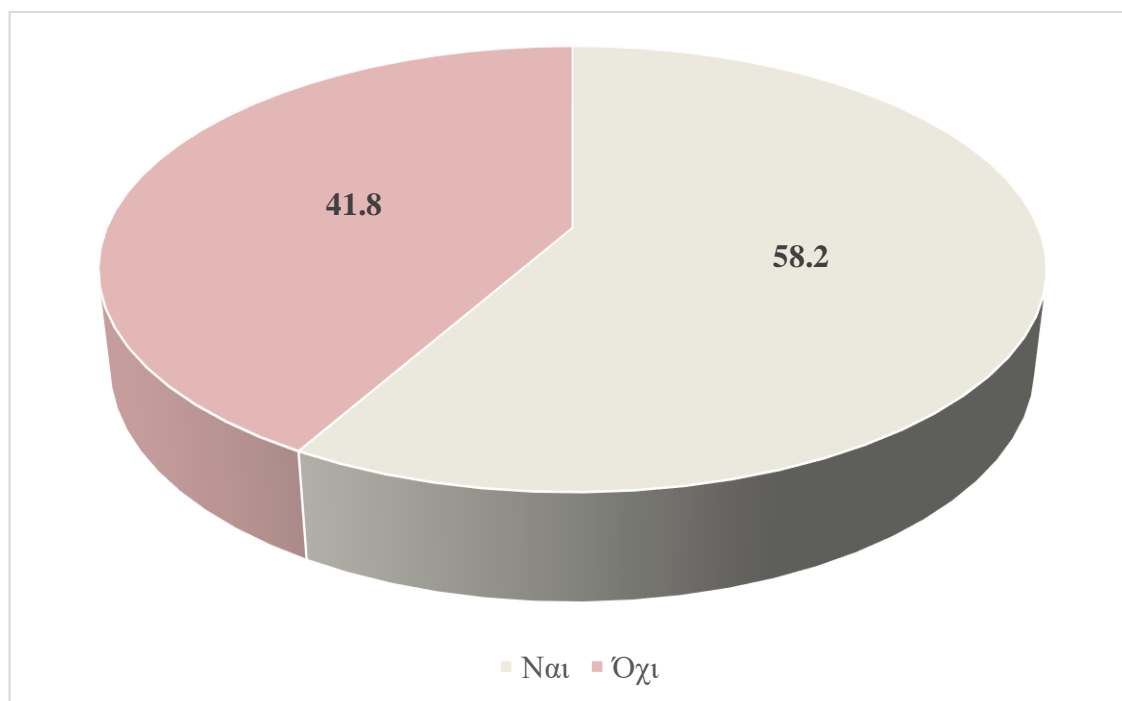
### Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού



ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού

Έκπληξη προκαλεί το αποτέλεσμα όσον αφορά στο μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού του δείγματος, καθώς σύμφωνα με το γράφημα 5, το 51,1% των ερωτηθέντων έχει μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού κάτω από 1000 ευρώ. Επιπλέον, το 32,4% των ερωτηθέντων αναφέρει μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού από 1001 – 2000 ευρώ, το 8,6% των ερωτηθέντων έχει δηλώσει από 2001 – 3000 ευρώ και το 7,9% των ερωτηθέντων πάνω από 3000 ευρώ.

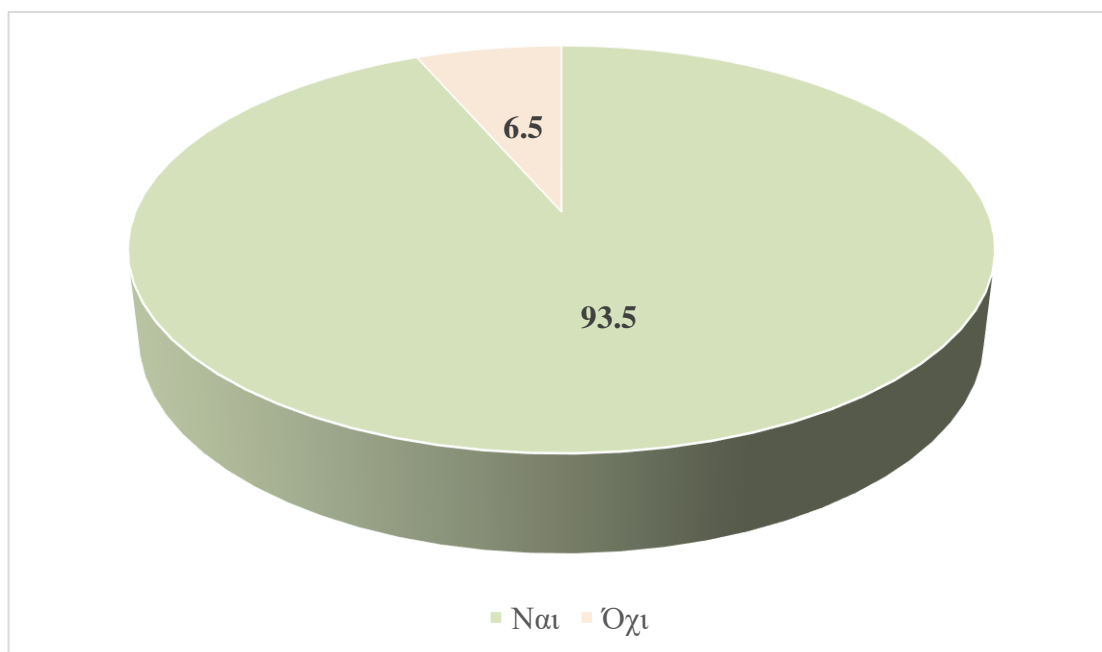
Ερώτημα: **Εργάζεστε;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 6. *Εργασιακή κατάσταση*

Σύμφωνα με το γράφημα 6, το 58,2% των ερωτωμένων εργάζεται ενώ το 41,8% δεν εργάζεται.

Ερώτημα: Έχετε δημόσια ασφάλιση υγείας;

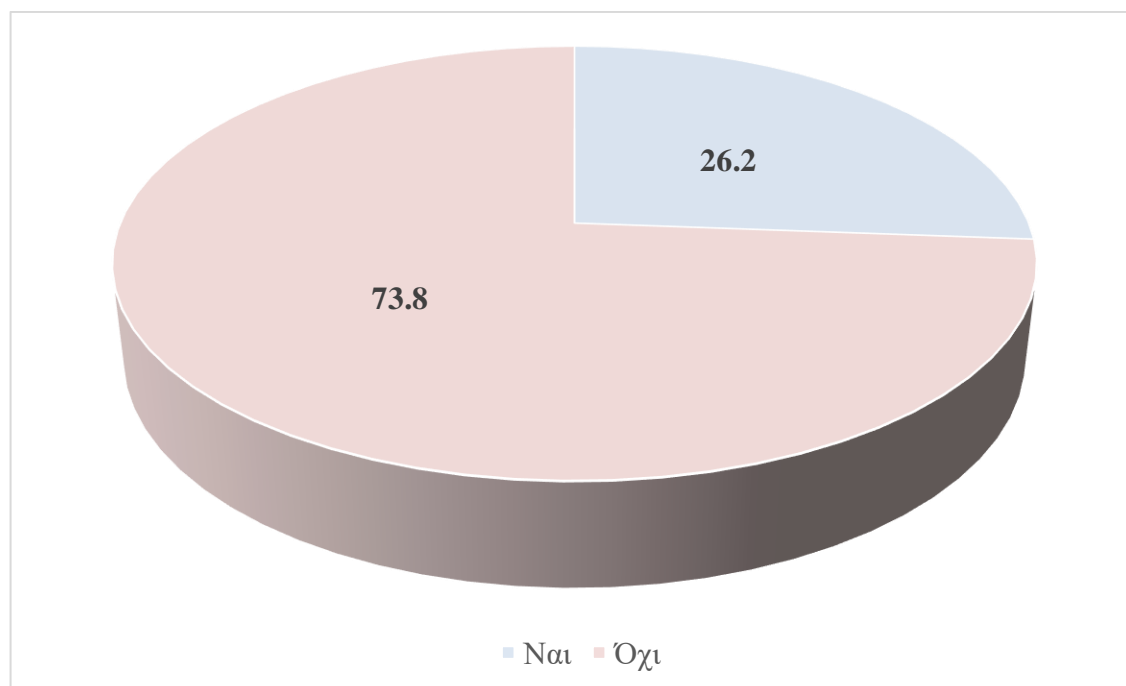


ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Δημόσια ασφάλιση υγείας

Σύμφωνα με το γράφημα 7, το 93,5% των ερωτωμένων αναφέρει ότι έχει δημόσια ασφάλιση υγείας ενώ το 6,5% του δείγματος δεν έχει.



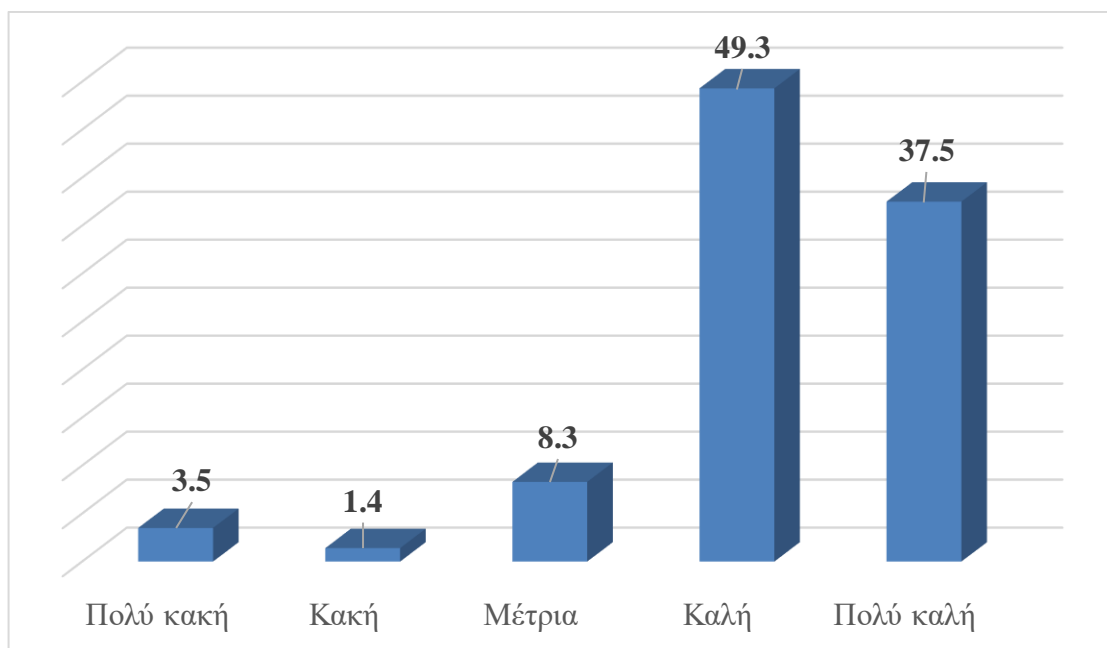
Ερώτημα: Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;



ΓΡΑΦΗΜΑ 8. *Ιδιωτική ασφάλιση υγείας*

Σύμφωνα με το γράφημα 8, το 26,2% των ερωτωμένων αναφέρει ότι έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας ενώ το 73,8% δεν έχει.

### Κατάσταση Υγείας



ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Κατάσταση υγείας

Σύμφωνα με το γράφημα 9, το 86,2% των ερωτωμένων αξιολογεί ως καλή ή πολύ καλή την κατάσταση της υγείας του, το 8,3% την αξιολογεί ως μέτρια και το 4,9% την αξιολογεί σε κακή ή πολύ κακή κατάσταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3:

*Βαθμός ενημέρωσης του δείγματος σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας*

	Γνωρίζουν		Δε γνωρίζουν	
	N	%	N	%
Δράσεις για την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα	82	56,55%	63	43,45%
Προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα, σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού ευθύνης	56	38,89%	88	61,11%
Συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης	98	67,59%	47	32,41%
Ομιλίες και δράσεις ευαισθητοποίησης στην κοινότητα για θέματα υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς	56	39,16%	87	60,84%
Αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επειγόντων περιστατικών και παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας	90	62,07%	55	37,93%
Συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον	48	34,04%	93	65,96%
Κατ' οίκον φροντίδα υγείας, νοσηλεία και αιμοληψία, σε όσους αδυνατούν να μεταβούν σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	59	40,97%	85	59,03%

Συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες	62	43,06%	82	56,94%
Προσυμπτωματικός έλεγχος σε σχολεία (έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης, καρδιολογική εξέταση και άλλα)	99	68,28%	46	31,72%
Προαγωγή εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις (π.χ. αιμοδοσία, δωρεά μυελού των οστών)	64	44,44%	80	55,56%
Ομιλίες και Προγράμματα Προαγωγής της υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό της κοινότητας	48	33,57%	95	66,43%
Εμβολιασμός	128	89,51%	15	10,49%
Αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας	47	32,64%	97	67,36%
Αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων	37	26,24%	104	73,76%
Καθοδήγηση ανθρώπων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους	64	44,44%	80	55,56%
Συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης	49	34,27%	94	65,73%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 3, υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις σχετικά με την επίγνωση του δείγματος για τα διάφορα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας. Στη συνέχεια παρατίθενται τα ποσοστά των ερωτωμένων σχετικά με το αν

γνωρίζουν ή όχι κάθε πρόγραμμα, ξεκινώντας από εκείνο που γνωρίζουν οι περισσότεροι και συνεχίζοντας σε φθίνουσα σειρά.

Συγκεκριμένα, το 89,51% των ερωτωμένων γνωρίζει ότι στη μονάδα πραγματοποιούνται εμβολιασμοί, το 68,28% ανέφερε τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε σχολεία, το 67,59% των ερωτωμένων ανέφερε τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης και το 62,07% ανέφερε την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επειγόντων περιστατικών και παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Επιπλέον, το 56,55% ανέφερε ότι γνωρίζει σχετικά με την πραγματοποίηση δράσεων σχετικά με την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα, το 44,44% των ερωτωμένων ανέφερε την καθοδήγηση ανθρώπων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους και την προαγωγή εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις και το 43,06% των ερωτωμένων ανέφερε τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες.

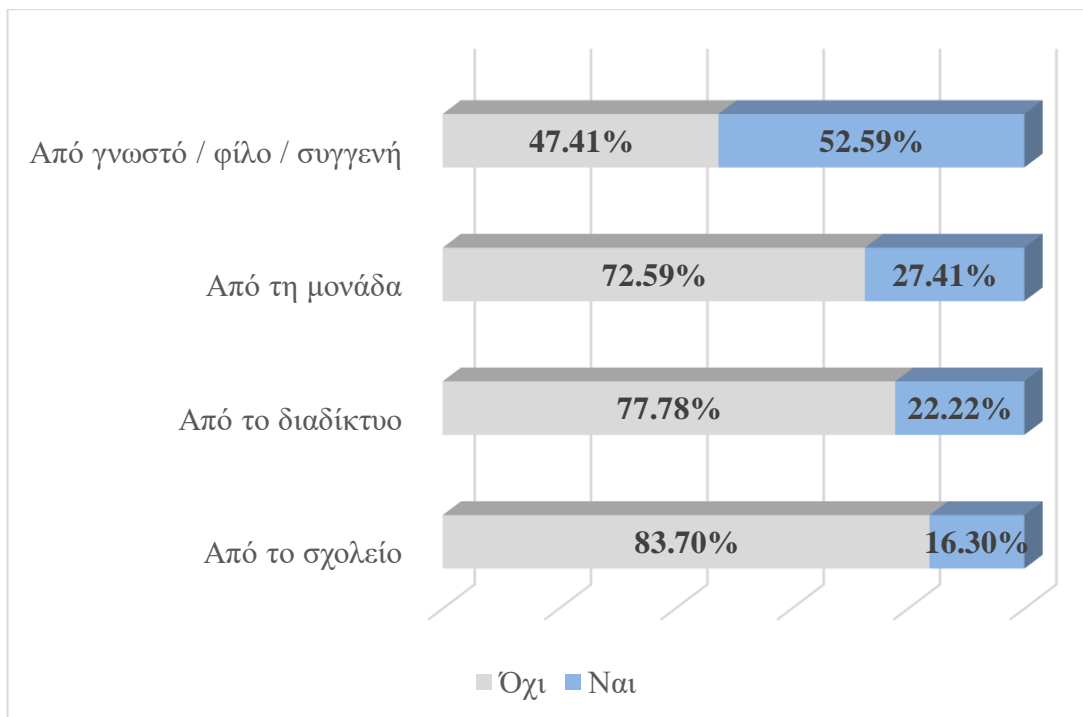
Ακολουθούν η κατ' οίκον φροντίδα υγείας, η νοσηλεία και η αιμοληψία, σε όσους αδυνατούν να μεταβούν σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τις οποίες το 40,97% του δείγματος δήλωσε πως γνωρίζει ότι πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου - Δραπετσώνας, οι ομιλίες και οι δράσεις ευαισθητοποίησης στην κοινότητα για θέματα υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς τις οποίες δήλωσαν ότι γνωρίζουν οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 39,16%, καθώς και τα προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα, σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού ευθύνης σε ποσοστό 38,89%. Επιπρόσθετα, το 34,27% των ερωτωμένων ανέφερε ότι γνωρίζει σχετικά με τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης, το 34,04% τη συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον και, το 33,57% τις ομιλίες και τα προγράμματα προαγωγής της υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό της κοινότητας. Επιπλέον, το 32,64% των ερωτωμένων δήλωσε ότι γνωρίζει για την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας ενώ μόλις το 26,24% των ερωτωμένων ανέφερε την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων.

**Ερώτημα: Γνωρίζετε ότι προσφέρονται στις ΤΟΜΥ τα κάτωθι προγράμματα προαγωγής και πρόληψης της δημόσιας υγείας;**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Βαθμός ενημέρωσης των ερωτωμένων σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας**

**Ερώτημα: Με ποιους από τους παρακάτω τρόπους ενημερωθήκατε για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Τρόπος ενημέρωσης

Σύμφωνα με το γράφημα 11, το 52,59% του δείγματος έχει ενημερωθεί για τα προγράμματα από γνωστό/ φίλο/ συγγενή, το 27,41% των ερωτωμένων έχει ενημερωθεί από την ίδια τη μονάδα, το 22,22% έχει ενημερωθεί από το διαδίκτυο και το 16,30% του δείγματος έχει ενημερωθεί από κάποιο σχολείο της περιοχής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:

*Ποια από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας*

*είναι σημαντικά για εσάς;*

	Καθόλου σημαντικό		Λίγο σημαντικό		Μέτρια σημαντικό		Σημαντικό		Πολύ σημαντικό	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Δράσεις για την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα	1	0,6	0	0,00	3	2,08	64	44,44	76	52,78
Προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα, σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού ευθύνης	1	0,7	0	0,00	3	2,11	62	43,66	76	53,52
Συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης	1	0,7	1	0,70	7	4,93	50	35,21	83	58,45



Ομιλίες και δράσεις ευαισθητοποίησης στην κοινότητα για θέματα υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς	1	0,7	4	2,80	13	9,09	74	51,75	51	35,66
Αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επειγόντων περιστατικών και παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας	1	0,69	1	0,69	2	1,39	40	27,78	100	69,44
Συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον	1	0,70	2	1,40	1	0,70	51	35,66	88	61,54
Κατ' οίκον φροντίδα υγείας, νοσηλεία και αιμοληψία, σε όσους αδυνατούν να μεταβούν σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	1	0,70	0	0,00	3	2,11	38	26,76	100	70,42

Συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες	1	0,70	1	0,70	4	2,82	53	37,32	83	58,45
Προσυμπτωματικός έλεγχος σε σχολεία (έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης, καρδιολογική εξέταση και άλλα)	1	0,69	0	0,00	4	2,78	44	30,56	95	65,97
Προαγωγή εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις (π.χ. αιμοδοσία, δωρεά μυελού των οστών)	1	0,70	1	0,70	6	4,23	67	47,18	67	47,18
Ομιλίες και Προγράμματα Προαγωγής της υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό της κοινότητας	1	0,70	4	2,80	10	6,99	71	49,65	57	39,86
Εμβολιασμός	1	0,70	0	0,00	4	2,80	36	25,17	102	71,33
Αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας	3	2,08	2	1,39	4	2,78	60	41,67	75	52,08

Αναγνώριση και αντίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων	2	1,40	2	1,40	8	5,59	61	42,66	70	48,95
Καθοδήγηση ανθρώπων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους	1	0,69	0	0,00	2	1,39	61	42,36	80	55,56
Συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης	2	1,43	2	1,43	4	2,86	68	48,57	64	45,71

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, ποσοστό άνω του 87% των ερωτωμένων θεωρεί σημαντικά όλα τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας.

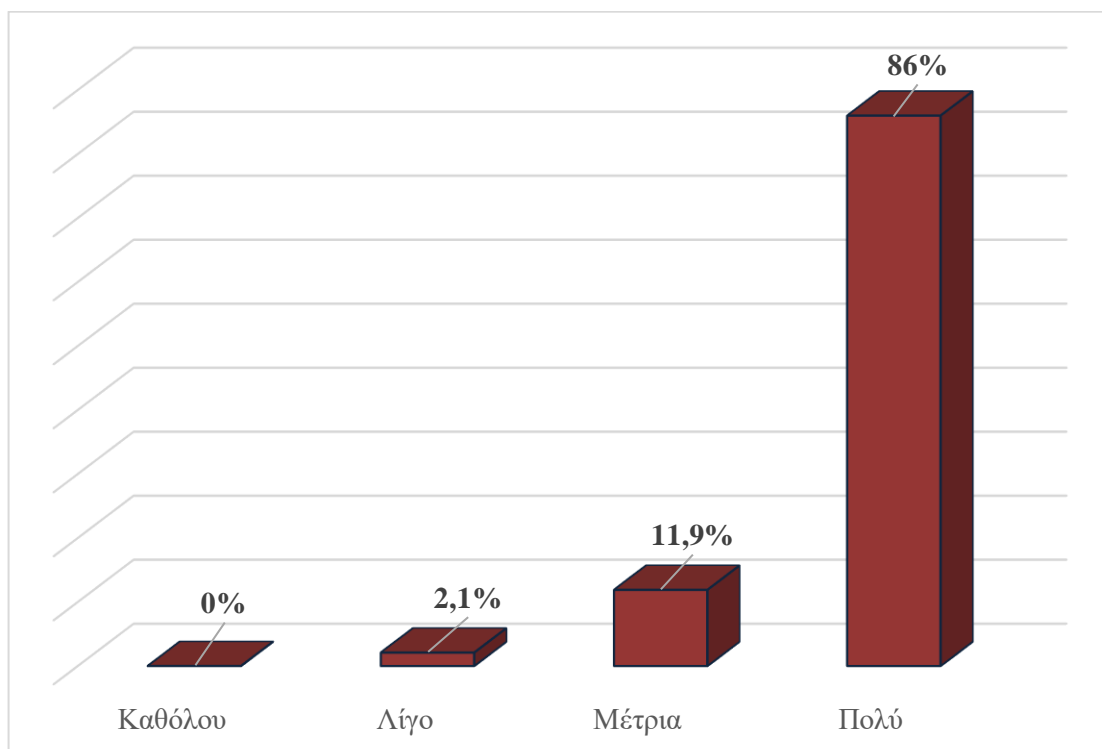
## Ερώτημα: Ποια από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής

της δημόσιας υγείας είναι σημαντικά για εσάς;



ΓΡΑΦΗΜΑ 12. Βαθμός σημαντικότητας των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας

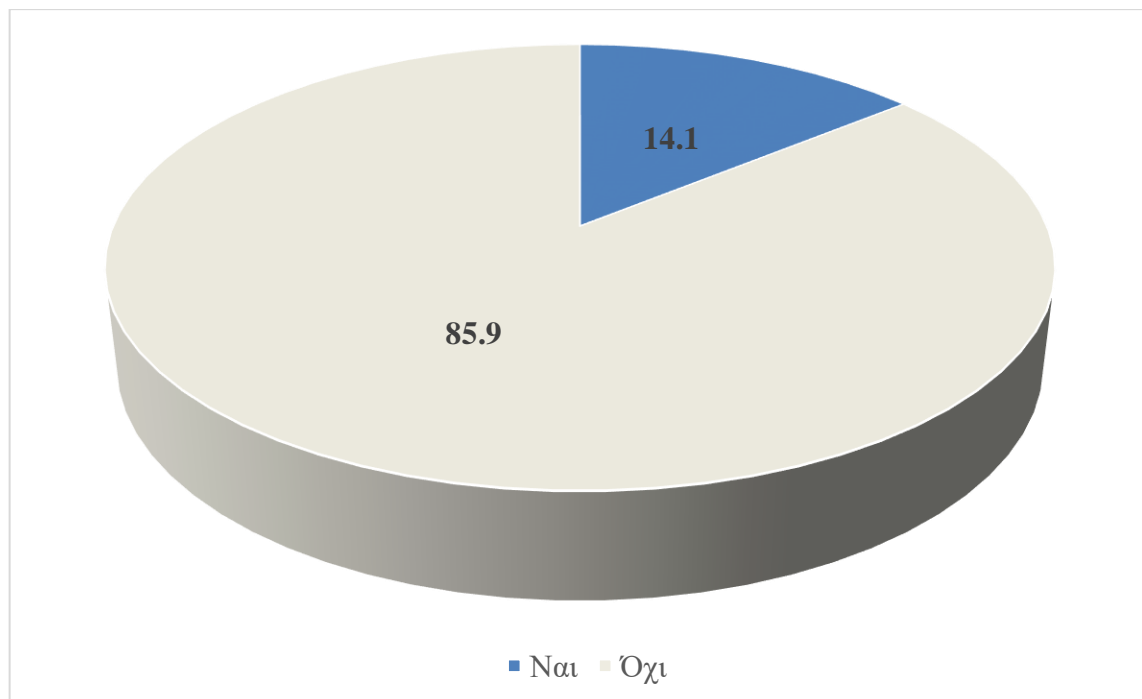
Ερώτημα: **Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής που παρέχονται από τη μονάδα;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 13. Βαθμός ικανοποίησης από τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από τη μονάδα

Σύμφωνα με το γράφημα 13, το 86% του δείγματος είναι πολύ ικανοποιημένο από τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου - Δραπετσώνας, το 11,9% των ερωτωμένων είναι ικανοποιημένο σε μέτριο βαθμό και το 2,1% είναι λίγο ικανοποιημένο. Επιπλέον, κανένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δε δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που παρέχονται από τη μονάδα.

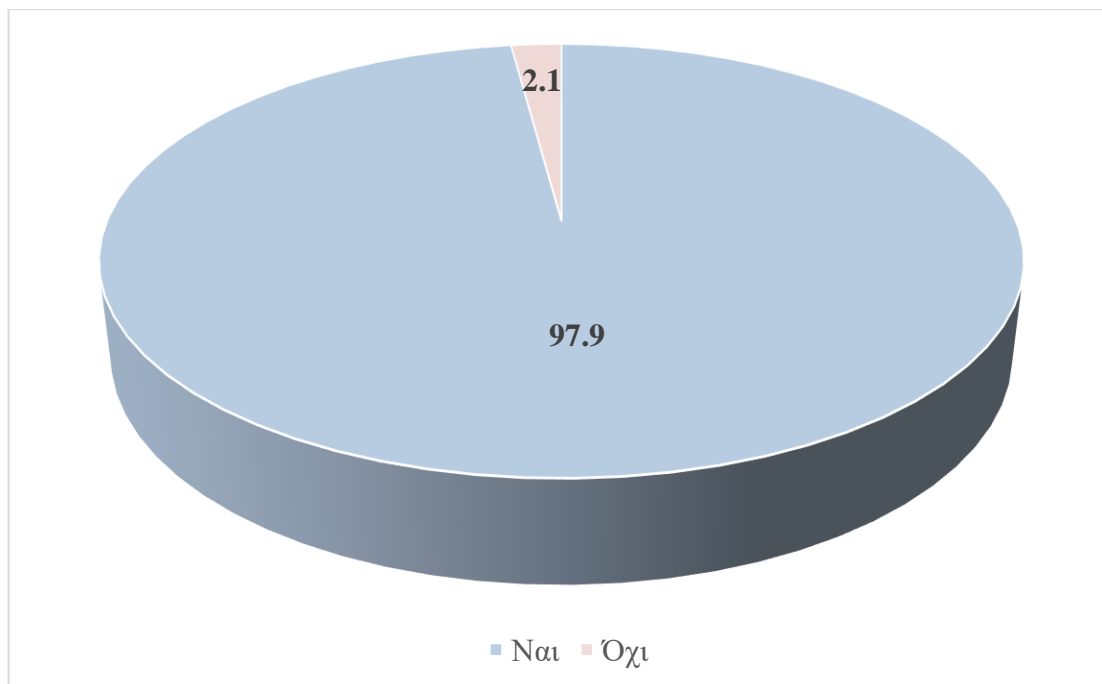
**Ερώτημα: Θα θέλατε να πραγματοποιείται κάποιο επιπλέον πρόγραμμα πρόληψης και προαγωγής υγείας από τη μονάδα;**



*ΓΡΑΦΗΜΑ 14. Επιθυμία πραγματοποίησης κάποιου επιπλέον προγράμματος πρόληψης και προαγωγής υγείας από τη μονάδα*

Σύμφωνα με το γράφημα 14, το 14,1% του δείγματος επιθυμεί να πραγματοποιηθεί κάποιο επιπλέον πρόγραμμα πρόληψης υγείας από την μονάδα ενώ το 85,9% των ερωτωμένων απάντησε αρνητικά.

**Ερώτημα: Θεωρείτε ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας;**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 15.** *Θεωρείτε ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας;*

Σύμφωνα με το γράφημα 15, το 97,9% του δείγματος θεωρεί ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα συμβάλλουν πράγματι στην πρόληψη και προαγωγή της δημόσιας υγείας ενώ το 2,1% των ερωτωμένων έχει αντίθετη άποψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

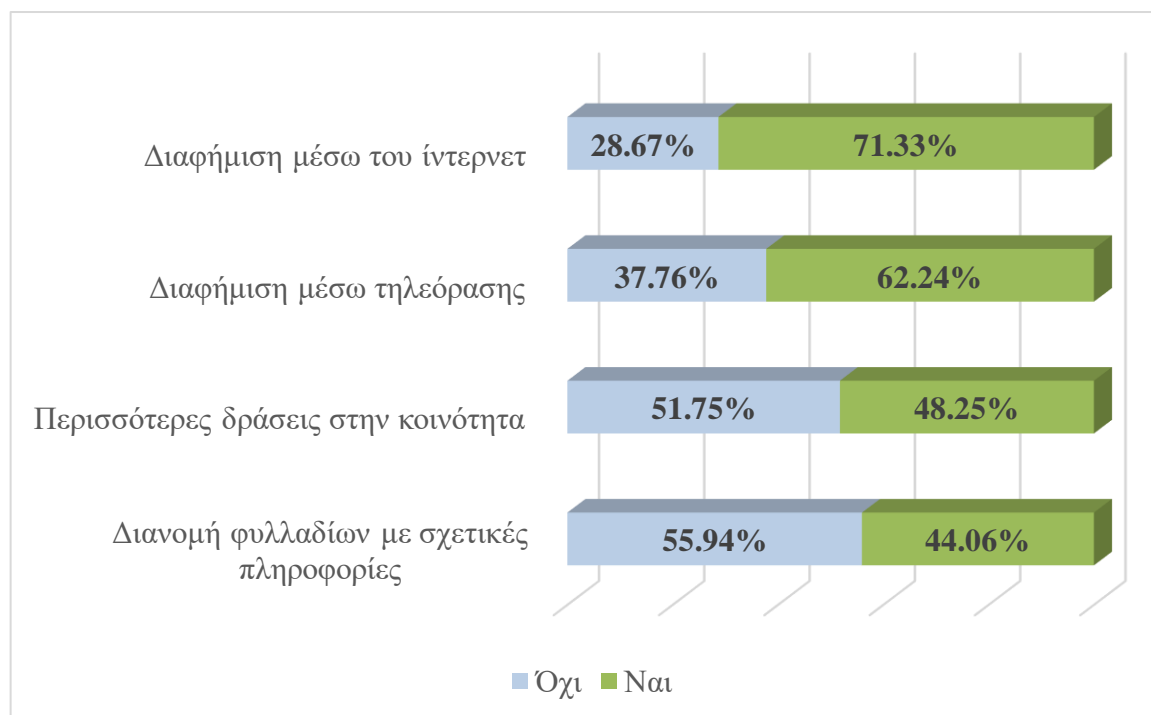
*Τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε η μονάδα να ενημερώσει περισσότερους πολίτες ώστε να συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας*

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Περισσότερες δράσεις στην κοινότητα	74	51,7%	69	48,25%
Διαφήμιση μέσω του ίντερνετ	41	28,6%	102	71,33%
Διαφήμιση μέσω τηλεόρασης	54	37,7%	89	62,24%
Διανομή φυλλαδίων με σχετικές πληροφορίες	80	55,9%	63	44,06%

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, το 71,33% των ερωτωμένων θεωρεί ότι θα μπορούσε η μονάδα μέσω διαφήμισης στο διαδίκτυο να ενημερώσει περισσότερους πολίτες ώστε να συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, το 62,24% αναφέρει τη διαφήμιση μέσω της τηλεόρασης, το 44,06% αναφέρει τη διανομή φυλλαδίων με σχετικές πληροφορίες και το 48,25% αναφέρει την πραγματοποίηση περισσότερων δράσεων στην κοινότητα.



Ερώτημα: **Με ποιους τρόπους θα μπορούσε η μονάδα να ενημερώσει περισσότερους πολίτες ώστε να συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 16. Τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε η μονάδα να ενημερώσει περισσότερους πολίτες ώστε να συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:

*Σχέση οικογενειακής κατάστασης και βαθμού ικανοποίησης από τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από τη μονάδα*

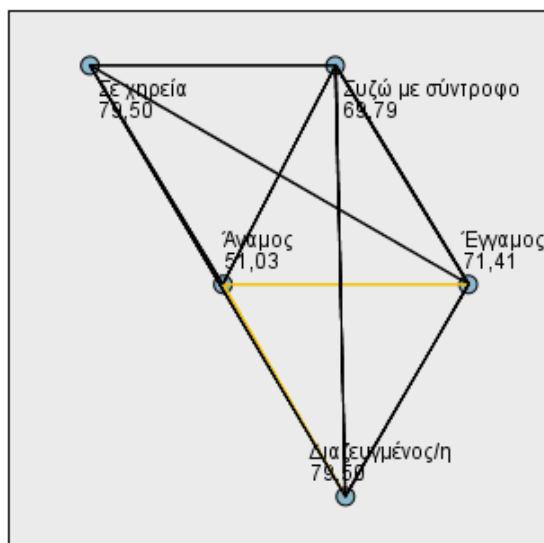
Οικογενειακή κατάσταση																	
		Συζώ με															
Έγγαμος		Άγαμος				σύντροφο				Διαζευγμένος/η				Σε χηρεία			
														X <sup>2</sup> (4)		p	
M	Δ	TA	M	Δ	TA	M	Δ	TA	M	Δ	TA	M	Δ	TA			
3,87	4,00	,36	3,47	4,00	,74	3,86	4,00	,38	4,00	4,00	,00	4,00	4,00	,00	12,074	0,017	

(Σημείωση: M = μέση τιμή, Δ = διάμεσος, TA = τυπική απόκλιση)

Όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από τη μονάδα, βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον πίνακα 6 παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των οικογενειακών καταστάσεων,  $p < 0,05$ . Για να διερευνήσουμε ποιες κατηγορίες διαφέρουν, πραγματοποιούμε Post hoc έλεγχο χρησιμοποιώντας παράλληλα τη διόρθωση του Bonferroni ( $\alpha^* = \alpha/10 = 0.05/10 = 0.005$ ). Από το γράφημα 17 που ακολουθεί, φαίνεται ότι οι άγαμοι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι έναντι των διαζευγμένων ή των χήρων.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός ικανοποίησης για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της μονάδας, δεν επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και τη γενική υγεία των συμμετεχόντων.

### Pairwise Comparisons of Οικογενειακή κατάσταση



Each node shows the sample average rank of Οικογενειακή κατάσταση .

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Άγαμος-Συζώ με σύντροφο	-18,752	10,984	-1,707	,088	,878
Άγαμος-Έγγαμος	20,374	6,636	3,070	,002	,021
Άγαμος-Διαζευγμένος/η	-28,467	9,293	-3,063	,002	,022
Άγαμος-Σε χηρεία	-28,467	15,176	-1,876	,061	,607
Συζώ με σύντροφο-Έγγαμος	1,621	9,375	,173	,863	1,000
Συζώ με σύντροφο-Διαζευγμένος/η	-9,714	11,412	-,851	,395	1,000
Συζώ με σύντροφο-Σε χηρεία	-9,714	16,558	-,587	,557	1,000
Έγγαμος-Διαζευγμένος/η	-8,093	7,323	-1,105	,269	1,000
Έγγαμος-Σε χηρεία	-8,093	14,056	-,576	,565	1,000
Διαζευγμένος/η-Σε χηρεία	,000	15,489	,000	1,000	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 17. Pairwise comparisons

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

*Η πρόθεση των πολιτών για την πραγματοποίηση κάποιου επιπλέον προγράμματος υγείας από τη μονάδα σε σχέση με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και το αν εργάζονται ή όχι*

		Θα θέλατε να πραγματοποιείται κάποιον επιπλέον πρόγραμμα πρόληψης υγείας από τη μονάδα;				X <sup>2</sup> (df)	p
		Ναι		Όχι			
		N	%	N	%		
<b>Φύλο</b>	Ανδρας	1	2,50%	39	97,50%	6,392(1)	<b>,011</b>
	Γυναίκα	18	19,15%	76	80,85%		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος	11	11,58%	84	88,42%	9,425(4)	,051
	Άγαμος	1	6,67%	14	93,33%		
	Συζώ με σύντροφο	1	16,67%	5	83,33%		
	Διαζευγμένος/η	5	41,67%	7	58,33%		
	Σε χηρεία	0	0,00%	3	100,00%		
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό	1	16,67%	5	83,33%	3,577(4)	,466
	Γυμνάσιο	0	0,00%	12	100,00%		
	Λύκειο	6	10,91%	49	89,09%		
	ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο	8	18,18%	36	81,82%		
	Μεταπτυχιακό	3	20,00%	12	80,00%	3,109(3)	,375
<b>Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού</b>	0 – 1000 €	12	18,18%	54	81,82%		
	1001 – 2000 €	5	11,63%	38	88,37%		
	2001 – 3000 €	1	10,00%	9	90,00%		
	3001 + €	0	0,00%	11	100,00%		
<b>Εργάζεστε;</b>	Ναι	11	14,29%	66	85,71%	,002(1)	,967
	Όχι	8	14,55%	47	85,45%		

Από τον πίνακα 7 και τον έλεγχο chi square προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της πρόθεσης των πολιτών για την πραγματοποίηση κάποιου

επιπλέον προγράμματος υγείας από τη μονάδα σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και το αν εργάζονται ή όχι. Όμως, βρέθηκε το 19,15% των γυναικών έναντι του 2,5% των ανδρών να επιθυμούν την πραγματοποίηση κάποιου επιπλέον προγράμματος υγείας από τη μονάδα ( $p < 0.05$ ).

Επιπρόσθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των πολιτών που θέλουν να πραγματοποιείται κάποιο επιπλέον πρόγραμμα πρόληψης υγείας από τη μονάδα και των πολιτών που έχουν αντίθετη άποψη ως προς την ηλικία και τη γενική τους υγεία.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 8

*Οι απόψεις των πολιτών σχετικά με το αν τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα συμβάλλουν πράγματι στην πρόληψη και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, επηρεάζονται από την ηλικία και τη γενική τους υγεία;*

	<b>Θεωρείτε ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας;</b>							
	<b>Ναι</b>			<b>Όχι</b>				
	<b>M</b>	<b>Δ</b>	<b>TA</b>	<b>M</b>	<b>Δ</b>	<b>TA</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Ηλικία	40.39	40.00	9.28	45.00	44.00	6.56	138	0,31
Η γενική σας υγεία θεωρείτε ότι είναι	4.19	4.00	.86	2.67	3.00	1.53	65,5	<b>0,025</b>

(Σημείωση: M = μέση τιμή, Δ = διάμεσος, TA = τυπική απόκλιση)

Από τον πίνακα 8 και τον έλεγχο Mann Whitney παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των πολιτών που θεωρούν ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας και των πολιτών που έχουν αντίθετη άποψη, ως προς την ηλικία τους.

Όμως, οι πολίτες που θεωρούν ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας έναντι των πολιτών που έχουν αντίθετη άποψη βρέθηκε να έχουν καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας ( $p < 0.05$ ).

Επιπλέον, δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άποψης των πολιτών για την συμβολή των προγραμμάτων στην προαγωγή της δημόσιας υγείας που υλοποιούνται από τη μονάδα σε σχέση με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και το αν εργάζονται ή όχι.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Οι απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας». Πραγματοποιήθηκε Μελέτη Περίπτωσης στο δήμο Κερατσινίου – Δραπετσώνας και, πιο συγκεκριμένα, στην 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου - Δραπετσώνας, η οποία ξεκίνησε τη λειτουργία της στις 28 Φεβρουαρίου 2019. Δεδομένου ότι οι Τοπικές Μονάδες Υγείας αποτελούν ένα εντελώς καινούριο εγχείρημα στην ενίσχυση και βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, μέσω του Νόμου 4486/2017, στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των ίδιων των πολιτών που εξυπηρετούνται από την εν λόγω μονάδα υγείας, αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας. Θεωρείται αδιαμφισβήτητο ότι μόνο αξιολογώντας την υφιστάμενη κατάσταση, θα γίνει πράξη η καθιέρωση αλλά και η βελτίωση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής.

Η ανάγκη για να δοθεί έμφαση στην ΠΦΥ σε παγκόσμιο επίπεδο, δόθηκε πρόσφατα με τη Διακήρυξη της Αστάνα (2018), όπου τονίστηκε μεταξύ άλλων: πρώτον, η ανάγκη ενίσχυσης της ΠΦΥ σε όλες τις χώρες του κόσμου, με σκοπό την ενίσχυση της σωματικής και πνευματικής υγείας των πολιτών και δεύτερον, η σπουδαιότητα της απόκτησης εκείνων των γνώσεων και των ικανοτήτων από την πλευρά των ίδιων των πολιτών, ώστε να καταστούν ικανοί να διατηρούν την υγεία τους και την υγεία των δικών τους ανθρώπων, μέσω προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης. Δεδομένου μάλιστα ότι η περίοδος που διανύει όλος ο πλανήτης λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού είναι εξαιρετικά δύσκολη, με συνέπεια σε πολλές χώρες του κόσμου ολόκληρα συστήματα υγείας να καταρρέουν, καθίσταται σαφές ότι πρέπει σε παγκόσμιο επίπεδο να δοθεί έμφαση στην ενίσχυση της ΠΦΥ όχι μόνο για την ενίσχυση της υγείας των πολιτών αλλά και για την εξυγίανση του τομέα της υγείας γενικότερα.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα ήταν το εξής: «Είναι ενήμεροι οι συμμετέχοντες στην έρευνα σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας που πραγματοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας»; Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις ανάμεσα στα προγράμματα, αναφορικά με το εάν τα γνωρίζουν ή όχι οι ερωτηθέντες. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα που γνωρίζει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι οι εμβολιασμοί, οι

οποίοι κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό (89,51%), ενώ μόλις το 26,24% των συμμετεχόντων στην έρευνα γνωρίζει για τα προγράμματα αναγνώρισης και ανίχνευσης περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων. Επιπλέον, τα 2/3 των ερωτωμένων ανέφεραν ότι γνωρίζουν για τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε σχολεία, για τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης, καθώς και για την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επειγόντων περιστατικών και παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.

Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (56,55%) ανέφεραν ότι γνωρίζουν για τις δράσεις που πραγματοποιούνται για την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα. Επιπρόσθετα, τα 4/10 των ερωτηθέντων ανέφεραν γνώση σχετικά με προγράμματα καθοδήγησης ανθρώπων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους, όπως επίσης και για τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες και για την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, νοσηλεία και αιμοληψία, σε όσους αδυνατούν να μεταβούν σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Έκπληξη αποτελεί το γεγονός ότι για την προαγωγή εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις μόνο το 44,44% δήλωσε να γνωρίζει, καθώς η 3<sup>η</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας, αν και μετράει σχεδόν δύο χρόνια μόνο λειτουργίας, έχει πραγματοποιήσει πλήθος σχετικών δράσεων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι έχει πραγματοποιηθεί δράση ενημέρωσης σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών, την οποία η διεπιστημονική ομάδα της μονάδας οργάνωσε και πραγματοποίησε με τη συμβολή του Συλλόγου «Όραμα Ελπίδας» πριν από ένα χρόνο σε κεντρικό κτίριο του δήμου, μέσα από την οποία αρκετοί δημότες έγιναν εθελοντές δότες. Αποτελεί επομένως μεγάλη έκπληξη η άγνοια της πλειοψηφίας του δείγματος για τις εν λόγω δράσεις.

Επιπλέον, σχεδόν 4 στους 10 δήλωσαν ότι γνωρίζουν για τις ομιλίες και δράσεις ευαισθητοποίησης στην κοινότητα για θέματα υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς, καθώς και για τα προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα, σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού ευθύνης. Το 1/3 των ερωτηθέντων ανέφερε ότι γνωρίζει για τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης, για τη συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον, για τις ομιλίες και τα



προγράμματα προαγωγής της υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό της κοινότητας και την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Ένας πιθανός παράγοντας για την ύπαρξη τόσο μεγάλων αποκλίσεων ως προς τη γνώση του δείγματος για τα παρεχόμενα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της 3<sup>ης</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας, είναι η έλλειψη προσωπικού. Συγκεκριμένα, δεδομένου ότι δεν καλύπτεται στη μονάδα η ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού, είναι λογικό να μη γνωρίζει μεγάλο ποσοστό των πολιτών για δράσεις σχετικές με αυτήν την ειδικότητα. Το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού έχει τονιστεί και σε άλλες έρευνες, όπως στην έρευνα των Καδδά και συν (2010) και των Ιακωβίδου και συν (2008).

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, αναφορικά με τον τρόπο που ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας, οι μισοί ανέφεραν ότι είχαν ενημερωθεί από κάποιο γνωστό, φίλο ή συγγενή, το ¼ είχε ενημερωθεί από την ίδια τη μονάδα ή το διαδίκτυο και το 1/6 είχε ενημερωθεί από κάποιο σχολείο της περιοχής.

Για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι πολίτες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας αναφορικά με την πρόληψη και την προαγωγή, η συντριπτική πλειοψηφία βρέθηκε να είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένη. Συγκεκριμένα, το 86% απάντησε «πολύ» το 11,9% «μέτρια» και το 2,1% απάντησε «λίγο». Πολύ σημαντικό και θετικό θεωρείται το γεγονός ότι κανένας από τους 145 συμμετέχοντες δεν απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος από τα παρεχόμενα προγράμματα της μονάδας. Σε έρευνα των Pierrakos et al (2017), είχε προκύψει το αποτέλεσμα ότι οι πολίτες σε ποσοστό 52,1% θεωρούσαν ότι μπορούν να αναπτυχθούν επαρκείς υπηρεσίες ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγάλο, δεδομένου ότι η έρευνα είχε πραγματοποιηθεί πριν την ίδρυση των ΤΟΜΥ και την προσπάθεια ενίσχυσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Ωστόσο, αν το αντιπαραβάλλει κανείς με τα αντίστοιχα ποσοστά που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα, εύκολα διαπιστώνει ότι η ικανοποίηση των πολιτών για τα προγράμματα που προσφέρει η μονάδα, είναι πολύ υψηλή.

Επιπλέον, στην έρευνα των Τούντας και συν (2003) μόλις το 31,4% του δείγματος είχε δηλώσει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες τεσσάρων μονάδων υγείας του ΙΚΑ, ενώ το 8,9% είχε δηλώσει ότι δεν είναι καθόλου

ικανοποιημένο. Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας έχουν τεράστιες αποκλίσεις σε σχέση με την παρούσα έρευνα, στην οποία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, το 86% του δείγματος απάντησε ότι είναι πολύ ικανοποιημένο και κανένας δεν απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος. Μια πιθανή εξήγηση για την τεράστια αυτή απόκλιση είναι η σχέση που έχει αναπτύξει ο πληθυσμός της μονάδας με τη διεπιστημονική ομάδα και τον οικογενειακό γιατρό. Πράγματι, η μελέτη των Baker et al (2003) είχε αποδείξει ότι οι πολίτες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι όταν είχαν εμπιστοσύνη στο γιατρό τους και τον συμβουλευόνταν, έχοντας αναπτύξει σχέσεις επικοινωνίας μαζί του.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα επιχείρησε τη διερεύνηση των απόψεων του δείγματος αναφορικά με τα προγράμματα που θεωρούν σημαντικά από αυτά που υλοποιούνται. Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν ότι οι πολίτες στη συντριπτική τους πλειοψηφία, θεωρούν όλα τα προγράμματα σημαντικά και πολύ σημαντικά. Οι διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων ήταν πολύ μικρές. Με ελάχιστη διαφορά ως πιο σημαντικές κρίθηκαν οι δράσεις για την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα, καθώς και η αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επειγόντων περιστατικών με παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Σε αντίστοιχο αποτέλεσμα είχε καταλήξει και η έρευνα των Τούντας και συν (2003), αναφορικά με τη γνώμη και την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 435 ασφαλισμένων που είχαν επισκεφτεί 4 μονάδες του ΙΚΑ σε περιοχές της Αττικής, το 76,1% του δείγματος είχε δηλώσει ότι προτιμά να επισκέπτεται πρώτα ένα γενικό ιατρό και, αν υπάρχει ανάγκη, να κάνει αυτός την παραπομπή στον ειδικό γιατρό. Από τα ανωτέρω αποτελέσματα, διαφαίνεται ότι ήδη από το 2003 είχε φανεί η ανάγκη του πληθυσμού για αλλαγή στο καθεστώς των παραπομπών καθώς και η επιθυμία για την καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού.

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τα θέματα που οι πολίτες κρίνουν χρήσιμο να συμπεριληφθούν στα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται, με σκοπό την πρόληψη και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Το 85,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δε θα ήθελε να πραγματοποιηθεί κάποιο επιπλέον πρόγραμμα από τη μονάδα. Αν αναλογιστεί κανείς ότι στην πρόσφατη έρευνα των Pierrakos et al (2017), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα απαιτούσε από την τοπική κοινωνία την πραγματοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και όχι την αύξηση των

νοσηλευτικών υπηρεσιών, αντιλαμβάνεται ότι τα προγράμματα της 3<sup>ης</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας έχουν καλύψει σε μεγάλο βαθμό αυτή την ανάγκη.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι επιθυμούν την υλοποίηση επιπλέον προγραμμάτων, βρέθηκαν να αναφέρουν προγράμματα σχετικά είτε με επισκέψεις σε δημόσια σχολεία για θέματα υγείας, ετήσια προληπτικά τεστ, περισσότερες ειδικότητες ιατρών, συμβουλευτική σε παιδιά χωρισμένων γονέων, οδοντιατρική περίθαλψη, συμβουλευτική (θηλασμός, υποστήριξη σε οικογένειες, σε εγκύους και άπειρες μητέρες). Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, διαφαίνεται η παρανόηση του κόσμου σχετικά με τις TOMY, καθώς δεν έχει επιτευχθεί ακόμα ξεκάθαρα στον κόσμο η διαφοροποίηση των μονάδων αυτών σε σχέση με άλλες δομές, όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Υγείας. Για το λόγο αυτό, παρόλο που στις TOMY επιχειρήθηκε η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και παραπομπή, εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο, σε άλλες δομές, κάποιοι από τους πολίτες εξακολουθούν να ζητούν ειδικότητες όπως γυναικολόγο ή οδοντίατρο.

Από την άλλη μεριά, η απαίτηση του κόσμου για περισσότερες ειδικότητες, οπωσδήποτε σχετίζεται και με την απουσία οικογενειακού γιατρού για τον ενήλικο πληθυσμό της περιοχής, καθώς εδώ και δύο χρόνια που λειτουργεί η 3<sup>η</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας, δεν έχει προσληφθεί παθολόγος ή γενικός ιατρός. Το ίδιο ισχύει και για την απαίτηση για συμβουλευτική υποστήριξη, καθώς δεν υπάρχει στη μονάδα, αν και προβλέπεται μέσω του σχετικού νόμου, η ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού. Σε αυτό συμφωνεί και η έρευνα που διεξήχθη από τους Ιακωβίδου και συν (2008), στην οποία το δείγμα ήταν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας, καθώς το πρώτο πρόβλημα που αξιολόγησαν ως το πιο σημαντικό στις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ, ήταν η έλλειψη προσωπικού.

Επιπλέον, το γεγονός ότι κάποιοι συμμετέχοντες ζήτησαν να γίνουν δράσεις σε σχολεία, αποδεικνύει για μια ακόμα φορά μέσω της συγκεκριμένης έρευνας ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες δε γνωρίζουν για τις δράσεις που ήδη πραγματοποιούνται από τη μονάδα, καθώς οι Επισκέπτριες Υγείας της 3<sup>ης</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας έχουν διοργανώσει και πραγματοποιήσει, σε συνεργασία με τις άλλες δύο TOMY της περιοχής και το Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας, πλήθος δράσεων σε διάφορα σχολεία του δήμου για θέματα υγείας. Ωστόσο, φαίνεται ότι η ανάγκη για περισσότερες δράσεις στα σχολεία αποτελεί ζητούμενο όχι μόνο των Ελλήνων γονέων. Συγκεκριμένα, σε

αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στην Ορίσα της Ινδίας από τους Pati et al (2017), προέκυψε η ανάγκη ενίσχυσης της ΠΦΥ με δράσεις προαγωγής υγείας στα σχολεία.

Στο έκτο ερευνητικό ερώτημα, αναφορικά με το εάν επηρεάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, βρέθηκαν τα εξής: ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας, δεν επηρεάζεται από το φύλο, την εργασιακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Ωστόσο, βρέθηκε συσχέτιση της ικανοποίησης των πολιτών σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι άγαμοι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τα παρεχόμενα προγράμματα σε σχέση με τους διαζευγμένους ή τους χήρους ( $p < 0,017$ ). Σε αυτό συμφωνεί και η έρευνα των Καδδά και συν (2010), κατά την οποία οι άγαμοι θεωρούσαν ότι οι ανάγκες τους στην ΠΦΥ καλύπτονταν λιγότερο σε σχέση με τους έγγαμους. Ένας πιθανός παράγοντας που οι άγαμοι φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι, ίσως να είναι το γεγονός ότι αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες για να καλύψουν τις ανάγκες της οικογένειάς τους και, για το λόγο αυτό, να έχουν περισσότερες απαιτήσεις.

Επιπλέον, όσον αφορά τις απόψεις του δείγματος σχετικά με το αν θεωρούν ότι τα προγράμματα που πραγματοποιούνται από τη μονάδα συμβάλλουν πράγματι στην πρόληψη και την προαγωγή, βρέθηκε συσχέτιση ως προς την κατάσταση της υγείας. Συγκεκριμένα, οι πολίτες που θεωρούν ότι έχουν καλή υγεία, θεωρούν ακόμα ότι τα προγράμματα της μονάδας συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας ( $p < 0,025$ ). Όσον αφορά στο ερώτημα σχετικά με το εάν επιθυμούν την πραγματοποίηση κάποιου επιπλέον προγράμματος, βρέθηκε συσχέτιση ως προς το φύλο. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος που θα επιθυμούσε να πραγματοποιούνται περισσότερα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας, είναι γυναίκες ( $p < 0,011$ ).

Σχετικά με το έβδομο ερευνητικό ερώτημα, αναφορικά με το εάν οι πολίτες θεωρούν ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, η συντριπτική τους πλειοψηφία με ποσοστό 97,9% απάντησε θετικά. Στην έρευνα των Καδδά και συν (2010), το 62,6% του πληθυσμού της μελέτης είχε αναφέρει ότι προτιμά την ηθική βοήθεια, έναντι του 37,4% που προτιμούσε την οικονομική. Το εύρημα αυτό καταδεικνύει την ανάγκη που οι ίδιοι οι πολίτες εξέφραζαν για παροχή επιστημονικής βοήθειας, καθοδήγησης και παρέμβασης, με σκοπό να καταστούν ικανοί να διαφυλάσσουν την υγεία τους. Η ανάπτυξη

προγραμμάτων προαγωγής υγείας αποτελούσε επομένως απαίτηση των ίδιων των πολιτών και, όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα, η 3<sup>η</sup> TOMY Κερατσινίου – Δραπετσώνας έχει κατορθώσει να ανταπεξέρχεται σε αυτή την απαίτηση.

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα σχετίζεται με τους τρόπους με τους οποίους θεωρούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα ότι θα μπορούσε η μονάδα να βελτιωθεί ώστε να πείσει περισσότερους πολίτες να συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες επέλεξαν παραπάνω τρόπους από έναν, καθιστώντας σαφές ότι οι πολίτες ζητούν περισσότερη ενημέρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και δράσεις. Το 71,33% δήλωσε ότι θα ήθελε να ενημερώνεται από διαφημίσεις μέσα από το ίντερνετ και το 62,24% από διαφημίσεις μέσω της τηλεόρασης. Σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες (48,25%) δήλωσαν την επιθυμία να πραγματοποιούνται περισσότερες δράσεις στην κοινότητα από τη μονάδα και λιγότεροι από τους μισούς (44,06%) ανέφεραν τη διανομή φυλλαδίων με σχετικές πληροφορίες. Αντίστοιχα, στην έρευνα των Καδδά και συν (2010), το 21,8% του δείγματος είχε δηλώσει ότι θα επιθυμούσε να ενημερώνεται από ενημερωτικά έντυπα, θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο θα έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους.

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε να καταγραφούν οι απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας που παρέχονται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας, καθώς και η αξιοποίηση αυτών με στόχο την αναζήτηση πιο αποτελεσματικών μεθόδων για την προαγωγή της υγείας σε τοπικό επίπεδο. Η διανομή του ερωτηματολογίου, το οποίο κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της έρευνας, πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του έτους 2020. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι τα έκτακτα μέτρα που ξεκίνησαν να ισχύουν σε όλη την ελληνική επικράτεια από το ξημέρωμα της 7<sup>ης</sup> Νοεμβρίου 2020 με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού, συνέβαλαν στην κατακόρυφη μείωση του πληθυσμού που επισκεπτόταν τη μονάδα το μήνα Νοέμβριο. Για το λόγο αυτό, το δείγμα της έρευνας περιορίστηκε στα 145 άτομα.

Δεδομένου ότι οι ΤΟΜΥ ιδρύθηκαν με το Νόμο 4486/2017 και αποτελούν καινούριες μονάδες υγείας που δημιουργήθηκαν σε μια προσπάθεια της χώρας να ενισχύσει την ΠΦΥ, θεωρήθηκε χρήσιμο να ερευνηθούν οι απόψεις των ίδιων των πολιτών για τα προγράμματα που παρέχει η συγκεκριμένη δομή και για τη συνεισφορά τους στην προαγωγή υγείας. Πράγματι, σε παγκόσμιο επίπεδο έχει δοθεί τεράστια έμφαση στην ΠΦΥ, καθώς ήδη από το 1978, με τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα, είχε τονιστεί ότι η υγεία δε σχετίζεται μόνο με την απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας αλλά με μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Οι βασικές αρχές της «Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000», επιβεβαιώθηκαν με τη Διακήρυξη της Αστάνα το 2018, όπου ανανεώθηκε η πολιτική δέσμευση της τοποθέτησης της ΠΦΥ στο επίκεντρο της παγκόσμιας υγείας.

Στην παρούσα έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι θεωρεί πως τα προγράμματα που πραγματοποιούνται από τη διεπιστημονική ομάδα, συμβάλλουν πράγματι στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Μάλιστα, θεωρούν όλα τα προγράμματα σημαντικά, ενώ οι ποσοστιαίες διαφορές μεταξύ τους ήταν μικρές. Ωστόσο, μεγάλη απόκλιση φάνηκε να υπάρχει ως προς τη γνώση που έχουν οι πολίτες, αναφορικά με τα προγράμματα. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος γνωρίζει για τις δράσεις εμβολιασμών αλλά δε γνωρίζει για τις δράσεις αναγνώρισης και ανίχνευσης περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπής στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων. Η

ελλιπής στελέχωση της μονάδας θεωρείται ότι συνετέλεσε σε μεγάλο βαθμό στο ανωτέρω αποτέλεσμα, καθώς η απουσία ορισμένων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα εκείνης του κοινωνικού λειτουργού, δημιουργεί περιορισμούς στις δράσεις της διεπιστημονικής ομάδας στον πληθυσμό ευθύνης.

Επιπλέον, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένη από τα παρεχόμενα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής που υλοποιούνται από την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου – Δραπετσώνας, ενώ εξαιρετικά σημαντικό κρίνεται ότι κανένας από τους πολίτες δε δήλωσε καθόλου ικανοποιημένος. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να πραγματοποιηθεί κάποιο επιπλέον πρόγραμμα πρόληψης και προαγωγής από τη μονάδα. Από την άλλη μεριά, εκείνοι που φάνηκαν θετικοί, είτε δήλωσαν δράσεις που δεν δύνανται να πραγματοποιηθούν, λόγω της έλλειψης συγκεκριμένων ειδικοτήτων είτε ανέφεραν ότι επιθυμούν την ύπαρξη περισσότερων ειδικοτήτων στη μονάδα, όπως για παράδειγμα γυναικολόγων ή οδοντιάτρων.

Σε αυτό το σημείο, διαφαίνεται το πρόβλημα της ελλιπούς ενημέρωσης και γνώσης που έχουν οι πολίτες, όσον αφορά στις συγκεκριμένες μονάδες, στη διαφοροποίησή τους σε σχέση με άλλες, όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Υγείας και στην καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού. Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν ακόμα ότι οι ίδιοι οι πολίτες επιθυμούν να ενημερώνονται περισσότερο για τις δράσεις και τα προγράμματα της μονάδας, καθώς στην πλειοψηφία τους προτείνουν την πραγματοποίηση περισσότερων διαφημίσεων μέσω του ίντερνετ ή της τηλεόρασης. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι πάνω από το μισό δείγμα ενημερώθηκε για τη μονάδα και τα παρεχόμενα προγράμματα μέσω γνωστού, φίλου ή συγγενή.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρώτη εκτίμηση της απήχησης που έχουν στους πολίτες τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής που πραγματοποιούνται από τη συγκεκριμένη δομή. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι ενθαρρυντικά, ωστόσο καταδεικνύουν το πρόβλημα της υποστελέχωσης των ΤΟΜΥ, το οποίο δρα ανασταλτικά ως προς την υλοποίηση κάποιων δράσεων και στην πλήρη αξιοποίηση της δυναμικότητας της διεπιστημονικής ομάδας. Επιπλέον, η έρευνα κατέδειξε και το πρόβλημα της ελλιπούς ενημέρωσης που έχουν οι πολίτες σχετικά με τις ΤΟΜΥ και τις δράσεις που υλοποιούν.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι το 51% του δείγματος δηλώνει πως έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 0 έως 1000 ευρώ, κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό να

παρέχονται στους πολίτες δωρεάν ποιοτικές δημόσιες υπηρεσίες ΠΦΥ. Δεδομένου μάλιστα ότι η περίοδος της πανδημίας του κορωνοϊού που διανύουμε έχει επηρεάσει όλα τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, θεωρείται επιτακτική ανάγκη να ενισχυθούν οι μονάδες ΠΦΥ και να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού σε ένα περιβάλλον όσο το δυνατόν πιο ασφαλές, έξω από τα νοσοκομεία, που καλούνται να διαχειριστούν επείγουσες, πρωτόγνωρες και εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες.

Επιπρόσθετα, για μελλοντική έρευνα προτείνεται να μελετηθεί το ίδιο θέμα και σε άλλες ΤΟΜΥ, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις και να μπορέσουν να εξαχθούν γενικότερα συμπεράσματα. Θα μπορούσε ακόμα να πραγματοποιηθεί η ίδια μελέτη στη συγκεκριμένη μονάδα, ύστερα από κάποια χρόνια, ώστε να φανεί εάν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς την άποψη των πολιτών από τα παρεχόμενα προγράμματα, καθώς και εάν η πανδημία συνέβαλε στην ενίσχυση της ΠΦΥ, λύνοντας τα προβλήματα που εντοπίστηκαν στην παρούσα έρευνα.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: Απόψεις πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας  
Μελέτη Περίπτωσης: 3<sup>ο</sup> ΤΟ.Μ.Υ. Κερασιανίου - Δραπετσώνας

1. Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>	2. Ηλικία: _____	3. Υπηκοότητα: Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/>	4. Δήμος διαμονής: _____		
<b>5. Οικογενειακή κατάσταση:</b> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Σιζό με σύντροφο <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Σε χηρεία <input type="checkbox"/> Αριθμός μελών οικογένειας: _____					
<b>6. Εκπαίδευση:</b> Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/>					
<b>7. Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού:</b> 0 – 1000 € <input type="checkbox"/> 1001 – 2000 € <input type="checkbox"/> 2001 – 3000 € <input type="checkbox"/> 3001 + € <input type="checkbox"/>					
8. Εργάζεστε: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> 9. Έχετε δημόσια ασφάλεια υγείας: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> 10. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					
<b>11. Η γενική σας υγεία θεωρείτε ότι είναι:</b>		Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
<b>12. Γνωρίζετε ότι προσφέρονται στις ΤΟ.Μ.Υ. τα κάτωθι προγράμματα προαγωγής και πρόληψης της δημόσιας υγείας:</b>					
Δράσεις για την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου για μεταδοόμενα ή μη νοσήματα, σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού ευθύνης					
Συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης					
Ομιλίες και δράσεις ενισχυτικής στην κοινότητα για θέματα υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς					
Αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επεγόντων περιστατικών και παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας					
Συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον					
Κατ' οίκον φροντίδα υγείας, νοσηλεία και αιμόληψια, σε όσους αδυνατούν να μεταβούν σε μονάδα Προτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας					
Συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες					
Προσυμπτωματικός έλεγχος σε σχολεία (έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης, καρδιολογική εξέταση και άλλα)					
Προαγωγή εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις (π.χ. αιμοδοσία, δωρεά μυελού των οστών)					

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: Απόψεις πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας  
Μελέτη Περίπτωσης: 3<sup>η</sup> ΤΟ.Μ.Υ. Κερατσινίου - Δραπετσώνας

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ομιλίες και Προγράμματα Προαγωγής της υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό της κοινότητας		
Εμβολιασμός		
Αναγνώριση και ανάγνωση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας		
Αναγνώριση και ανάγνωση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων		
Καθοδήγηση ανθρώπων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους		
Συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επίτηρησης και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης		

**13. Εάν γνωρίζετε ήδη για τα προγράμματα αυτά, με ποιο τρόπο είχατε ενημερωθεί;**

Από τη μονάδα  Από το διαδικτυο  Από το σχολείο  Από γνωστό/ φίλο/ συγγενή  Άλλο: \_\_\_\_\_

**14. Ποια από τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας είναι σημαντικά για εσάς;**

	Καθόλου σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό
Δράσεις για την προαγωγή της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και της κοινότητας γενικότερα					
Προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης κινδύνου για μεταδοόμενα ή μη νοσήματα, σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού ευθύνης					
Συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης					
Ομιλίες και δράσεις ευαισθητοποίησης στην κοινότητα για θέματα υγείας, σε συνεργασία με άλλους φορείς					
Αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και επεγόντων περιστατικών και παραπομπή, εάν κρίνεται απαραίτητο, σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας					
Συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον					

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: Απόψεις πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας  
Μελέτη Περίπτωσης: 3<sup>η</sup> ΤΟ.Μ.Υ. Κερατσινίου - Δραπετσώνας

	Καθόλου σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό
Κατ' οίκον φροντίδα υγείας, νοσηλεία και αιμοληψία, σε όσους αδυνατούν να μεταβούν σε μονάδα Προτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας					
Συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες					
Προσωπικοματικός έλεγχος σε σχολεία (έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης, καρδιολογική εξέταση και άλλα)					
Προαγωγή εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις (π.χ. αιμοδοσία, δωρεά μυελού πον οστών)					
Ομιλίες και Προγράμματα Προαγωγής της υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό της κοινότητας					
Εμβολιασμός					
Αναγνώριση και ανίχνευση νυχτικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας					
Αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραποιητή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων					
Καθοδήγηση ανθρώπων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους					
Σύλλογη και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης					

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
<b>15. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από τη μονάδα;</b>				
<b>16. Θα θέλατε να πραγματοποιηθεί κάποιο επιπλέον πρόγραμμα πρόληψης υγείας από τη μονάδα;</b> Εάν ΝΑΙ, ποιο; _____				
<b>17. Θεωρείτε ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνται από τη μονάδα, συμβάλλουν πράγματι στην προαγωγή της δημόσιας υγείας;</b>				

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: Απόψεις πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας  
Μελέτη Περίπτωσης: 3<sup>η</sup> Τ.Θ. Μ.Υ. Κερατσινίου - Δραπετσώνας

**18. Με ποιους τρόπους θα μπορούσε η μονάδα να ενημερώσει περισσότερους πολίτες ώστε να συμμετέχουν στα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας;**

- Περισσότερες δράσεις στην κοινότητα  
 Διαφήμιση μέσω του ίντερνετ  
 Διαφήμιση μέσω τηλεόρασης  
 Διανομή φυλλαδίων με σχετικές πληροφορίες  
Άλλο: \_\_\_\_\_

**Ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε!!**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΕΓΚΡΙΣΗ 2<sup>ΗΣ</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΥΠΕ) ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ΗΣ</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

**ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ**  
Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 29.9.2020  
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ 53291

ΠΡΟΣ: ΥΠΕΘΥΝΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ 3<sup>Ω</sup> ΤΟΜΥ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ-ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας στην κ. Κριτσελά Χρυσούλα για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.**

Σχετ.: Η αριθμ. πρωτ. 51922/23.09.2020 αίτησή της με τα συνημμένα δικαιολογητικά .

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.ΕΠ.Υ., παρακαλούμε να διευκολύνετε την κ. Κριτσελά Χρυσούλα μεταπτυχιακή φοιτήτρια, προκειμένου να πραγματοποιήσει έρευνα μέσω διανομής ερωτηματολογίου, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», στην 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου-Δραπετσώνας αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, με θέμα «Οι απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας. Μελέτη περίπτωσης στην 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου-Δραπετσώνας».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων.
- Της τήρησης του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για την 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κερατσινίου-Δραπετσώνας.
- Να μην παρακωλύεται η λειτουργία της ΤΟΜΥ.

Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ



**Κοινοποίηση:**

-Ενδιαφερόμενη (Κριτσελά Χρυσούλα)

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης,  
Πληροφορίες: Κ. Νικήτα  
Ηλ. Δ/ση: [nikiita@2dype.gr](mailto:nikiita@2dype.gr)

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Έλεγχος κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από τη μονάδα;	,509	143	,000	,422	143	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση

**Δαρβίρη, Χ.** (2010) *Προαγωγή Υγείας*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

**Ζαφειρόπουλος, Κ.** (2015) *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία*; Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

**Καδδά, Ο. Μαρβάκη, Α. Τζαβάρας, Α. Μαζγάλα, Κ. Παληός, Θ. Κόντας, Ν. και Ανδρουλάκη, Ζ.** (2010) *Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(1): 61 – 75.

**Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, Α. Αδαμακίδου, Θ. Βελονάκη, Β. Σ. Βιβιλάκη, Β. Καπρέλη, Ε. Κριεμπάρδης, Α. Λάγιου, Α. Λιονής, Χ. Μαρκάκη, Α. Μποδοσάκης Π. Μ. Παπαδακάκη, Μ. και Σακελλάρη, Ε.** (2015) *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών: Εκδόσεις Κάλλιπος.

**Λάγιου, Α.** (2014) *Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ΠΦΥ*. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Επισκεπτών Υγείας. Αθήνα: Οκτώβριος 2014.

**Λάγιου, Α.** (2013) *Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας. Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα*. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Φόρουμ Επισκεπτών Υγείας. Θεσσαλονίκη: 2013.

**Μαζαράκη, Ι.** (2012) *Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό*. ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, 31(1): 62 - 69.

**Μαλαβάζος, Θ. Μαρκασιώτη, Β. Μαλλιαρού, Μ. και Σαράφης, Π.** (2019) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Από την Alma – Ata στην Astana, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 11(3): 39 - 56.

**Παπάζογλου, Α. Παπαδέλλης, Φ. Τσίφτης, Γ. Παυλοπούλου, Ι. Κρητικός, Κ. Τσουμάκας, Κ.** (2012) *Οι στάσεις των γονέων στους εμβολιασμούς των παιδιών. Μελέτη στους παιδικούς σταθμούς της Αθήνας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 461 – 467.

**Περσιάνης, Ν.** (2011) *Σύντομη Ιστορία των εμβολίων: 1796 – 2011*. Λευκωσία: 2011.

**Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Χ.** (2016) *Η «Υγεία 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου*. Το ΒΗΜΑ του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 15(3): 223 - 236.

**Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π.** (2014) *Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(3): 116 – 121.

**Τούντας, Γ. Λοπατατζίδης, Θ. και Χουλιάρα, Α.** (2003) *Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5): 497 – 503.

### *Ελληνική Νομοθεσία*

**Απόφαση ΦΕΚ Β' Δ1α/Γ.Π.οικ.: 71342/06-11-2020** Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού covid-19 στο σύνολο της επικράτειας για το διάστημα από το Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020 έως και τη Δευτέρα 30 Νοεμβρίου 2020.

**Νόμος 4486 ΦΕΚ Α' 115/07-08-2017** Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

**Νόμος 4238 ΦΕΚ Α' 38/17-02-2014** Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις.

**Υπουργική Απόφαση 71804/17-12-2020** Προγραμματισμός εμβολιασμού εναντίον της νόσου Covid-19 στους εργαζομένους των Δομών παροχής υπηρεσιών υγείας της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ. Υπουργείο Υγείας.

**Υπουργική Απόφαση Γ1α/Γ.Π.66102/15-12-2020** Σχετικά με την εφαρμογή της υπουργικής απόφασης περί καθιέρωσης και εφαρμογής συστήματος παραπομπών από τον οικογενειακό γιατρό. Υπουργείο Υγείας.

**Υπουργική Απόφαση Γ3β/Γ.Π.οικ.77463/02-12-2020** Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και κατ' οίκον βοήθειας στο γενικό πληθυσμό. Υπουργείο Υγείας.

**Υπουργική Απόφαση Δ1α/Γ.Π.οικ.74363/19-11-2020** Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων 2020-2021. Υπουργείο Υγείας.

**Υπουργική Απόφαση ΔΠΑΠ 49094/11-09-2020** Διενέργεια δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης στο πλαίσιο Αγωγής Υγείας στη σχολική κοινότητα-σχολικές μονάδες σχετικά με τη λήψη μέτρων πρόληψης για τη διαχείριση του κορωνοϊού. Υπουργείο Υγείας.



**Υπουργική Απόφαση Φ.2.1/ΠΜ/99777/Δ7/27-07-2020** Έγκριση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εκπαιδευτικών υλικών. Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.

**Υπουργική Απόφαση Δ1α/Γ.Π.οικ.34701/04-06-2020** Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2020. Υπουργείο Υγείας.

**Υπουργική Απόφαση Γ1α/Γ.Π.οικ.87406/24-11-2017** Καθορισμός τρόπου λειτουργίας Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY). Υπουργείο Υγείας.

### Ξενόγλωσση

**Baker, R. Mainous Iii, A. G. Gray, D. P. and Love, M. M.** (2003) *Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultation with family doctors*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 21: 27 – 32.

**Boyle, S.** (2011) *Health Systems in Transition. United Kingdom (England)*. Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies, 13: 1.

**Cohidon, C, Cornuz, J. and Senn, N.** (2015) *Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993 – 2012)*. BMC Family Practice, 16: 107.

**Council of the European Union** (2003) *Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening*. Official Journal of the European Union: 2003.

**Danaei, G.** (2012) *Global burden of infection - related cancer revisited*. The Lancet Oncology, 13(6): 564 - 565

**Dobe, M.** (2012) *Health promotion for prevention and control of non – communicable diseases: Unfinished agenda*. Indian Journal of Public Health, 56(3): 180 – 186.

**Economou, M. Richardson, C. Gramandani, C. Stalikas, A. and Stefanis, C.** (2009) *Knowledge about Schizophrenia and Attitudes towards People with Schizophrenia in Greece*. International Journal of Social Psychiatry, 55: 361 - 371.

**European Cancer Organization** (2020) *A Four Step Plan for Eliminating HPV Cancers in Europe*. Belgium: 2020.

**European Centre for Disease Prevention and Control** (2012) *Introduction of HPV vaccines in European Union countries – an update*. Stockholm: 2012.

**European Commission** (2018) *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and social Committee and the Committee of the Regions. Strengthened cooperation against Vaccine Preventable Diseases*. Brussels: 2018.

**European Commission** (2017) *Quality and costs of primary care in Europe*.

**Ewles, L. and Simnett, I.** (2005) *Promoting Health. A Practical Guide*. 5<sup>th</sup> ed. United Kingdom: Baillière Tindall.

**Global Conference on Health Promotion (9<sup>th</sup>)** (2016) *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Shanghai: 2016.

**Global Conference on Primary Health Care** (2018) *Declaration of Astana*. Astana, Kazakhstan: 2018.

**Graf, S. and Cecchini, M.** (2017) *Diet, physical activity and sedentary behaviours: Analysis of trends, inequalities and clustering in selected OECD countries*. OECD Health Working Papers 100.

**International Conference on Primary Health care** (1978) *Declaration of Alma – Ata*. USSR, 6 – 12.

**Lionis, C. Papadakis, S. Tatsi, C. Bertsiias, A. Duijjer, G. Mekouris, P. B. Boerma, W. and Schäfer, W.** (2017) *Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)*. BMC Health Services Research, 17: 255.

**Mitchell, P. Wynia, M. Golden, R. McNellis, B. Okun, S. Webb, C. E. Rohrbach, V. and Von Kohorn, I.** (2012) *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC.

**Orent, W.** (2004) *Plague: The Mysterious Past and terrifying Future of the World's most Dangerous Disease*. New York: Free Press.

**Organization for Economic Co – operation and Development** (2019) *Health at a Glance 2019*. OECD Indicators.

**Panchal, N. Kamal, R. Orgera, K. Cox, C. Garfield, R. Hamel, L. Muñana, C. and Chidambaram, P.** (2020) *The Implications of Covid-19 for Mental Health and Substance Use*. Henry J. Kaiser Family Foundation: 2020.

**Park, S. and Abrams, R.** (2019) *Alma – Ata 40th birthday celebrations and the Astana Declaration on Primary Health Care 2018*. British Journal of General Practice, 69(682): 220 – 221.

**Pati, S. Chauhan, A. S. Mahapatra, S. Sinha, R. Pati, S.** (2017) *Practicing health promotion in primary care – a reflective enquiry*. Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 58(4): E288 – 293.

**Pierrakos, G. Goula, A. Latsou, D. Platis, C. Sarris, M. and Soulis, S.** (2017) *Opinion of citizens in Primary Health Care management and offered services by Local Authorities*. International Journal of Strategic Innovative Marketing: 47 – 63.

**Riedel. S.** (2005) *Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination*. Baylor University Medical Center Proceedings, 18(1): 21 – 25.

**Roca, M. Vicens, C. Gili, M.** (2020) *Covid-19 and the future of mental health in primary care*. BMJ, 369: 2520.

**Ross, A. M., & de Saxe Zerden, L.** (2020) *Prevention, Health Promotion, and Social Work: Aligning Health and Human Service Systems Through a Workforce for Health*. American Journal of Public Health, 110(S2): 186 - 190.

**Rust, G. Melbourne, M. Truman B. I. Daniels, E. Fry-Johnson, Y. and Curtin, T.** (2009) *Role of the primary care safety net in pandemic influenza*, Am J Public Health, 2: 316 – 323.

**Sánchez-Piedra, C. A. García-Pérez, S. Sarría-Santamera, A.** *Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project*. Quality in Primary Care, 22: 147 – 155.

**Sbarouni, V. Petelos, E. Kamekis, A. Tzagkarakis, S. I. Symvoulakis, E. K. and Lionis, C.** (2020) *Discussing issues of health promotion and research in the context of primary care during the ongoing austerity period: an exploratory analysis from two regions in Greece*. Medicine and Pharmacy Reports, 93(1): 69 -74.

**Sönmez, S. Apostolopoulos, Y. Lemke, M. K. and Hsieh, Y. C.** (2020) *Understanding the effects of Covid – 19 on the health and safety of immigrant hospitality workers in the United States*. Elsevier Public Health Emergency Collection, 35:100717.

**Tones, K. and Tilford, S.** (2001) *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. London: Nelson Thornes.

**Vivilaki, V. Romanidou, A. Theodorakis, P. and Lionis, S.** (2005) *Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete*. Rural Remote Health, 5(2): 376.

**Warburton, D. and Bredin, S.** (2017) *Health benefits of physical activity*. Current Opinion in Cardiology, 32(5): 541 – 556.

**World Health Organization** (2018a) *From Alma – Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future*, Interim Report from the WHO European Region.

**World Health Organization** (2018b) *Taking Action on Childhood Obesity*. World Obesity.

**World Health Organization** (2017a) *Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: assessment tool*.

**World Health Organization** (2017b) *WHO Report on the global tobacco epidemic*.

**World Health Organization** (2015) *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region*.

**World Health Organization** (2014) *GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases*.

**World Health Organization** (2012) *Ottawa charter for health promotion*. A Commitment to International Health Action.

**World Health Organization** (1979) *The global eradication of smallpox: final report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication*, Geneva, December 1979.

**Xyrichis, A. and Lowton, K.** (2008) *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review.* International Journal of Nursing Studies, 45(1): 140 - 153.

**Yupa, P. A. E. Vásquez, B. K. K. Serdán, R. D. L.** (2020) *La condición de la embarazada ante una nueva realidad llamada covid – 19.* Universidad, Ciencia y Tecnología, 24(105): 79 – 84.

**Zerón, A.** (2020) *Nueva normalidad, nueva realidad.* Revista ADM, 77(3): 120 – 123.

### Ιστοσελίδες

**EODY** Οι αποστολές των ΚΟΜΥ <https://eody.gov.gr/oi-komy-toy-eody-xepernoyn-tis-1-000-apostoles-kata-ton-pto-mina-leitoyrgias-toys/> (προσβάσιμη στις 31-01-2021).

**EODY** Μέτρα για την ενδυνάμωση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. <https://eody.gov.gr/metra-gia-tin-endynamosi-toy-roloy-tis-protovathmias-frontidas-ygeias-sti-antimetopisi-tis-pandimias-toy-koronoioy/?print=print> (προσβάσιμη στις 30-01-2021).

**GOVERNMENT** Εμβολιασμός COVID-19. <https://emvolio.gov.gr> (προσβάσιμη στις 19-02-2021).

**Hellenic Statistical Authority** Πληθυσμός δήμου Κερατσινίου - Δραπετσώνας 2011 <https://web.archive.org/web/20121113150439/http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-census2011> (προσβάσιμη στις 21-01-2021).

**Ministry of Health** Εθνικό Σχέδιο Εμβολιαστικής Κάλυψης για Covid-19 <https://www.moh.gov.gr/articles/health/emboliasmoi-covid-19/8212-h-ethnikh-ekstrateia-emboliasmoy-gia-thn-covid-19-ksekinhse> (προσβάσιμη στις 31-01-2021).

**Ministry of Health** Ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του μαθητικού πληθυσμού <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/draseis-kai-programmata-agwghs-ygeias/agwgh-ygeias/draseis-kai-parembaseis-eyaisththtopoihshs-kai-enhmerwshs-toy-mathhtikoy-plhthysmoy> (προσβάσιμη στις 30-01-2021).

Χρυσούλα Γ. Κριτσελά «Οι απόψεις των πολιτών για τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας. Μελέτη περίπτωσης»

**Ministry of Health** *Πρόληψη στην Τρίτη ηλικία – ΗΠΙΟΝΗ*

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/draseis-kai-programmata-agwghs-ygeias/prolhps-hsthn-trith-hlikia-hpionh>

(προσβάσιμη στις 31-01-2021).

**World Health Organization** *Health Promotion* <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

(προσβάσιμη στις 27-01-2021).

**World Health Organization** *Mental Health and Covid-19*

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>

(προσβάσιμη στις 30-01-2021).